10

EIN PRIMÄRES SARCOM DES LIGAMENTUM LATUM UTERI

ALS BEITRAG ZUR CASUISTIK DER PRIMÄREN DESMOIDEN TUMOREN DER BREITEN MUTTERBÄNDER. » »

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde

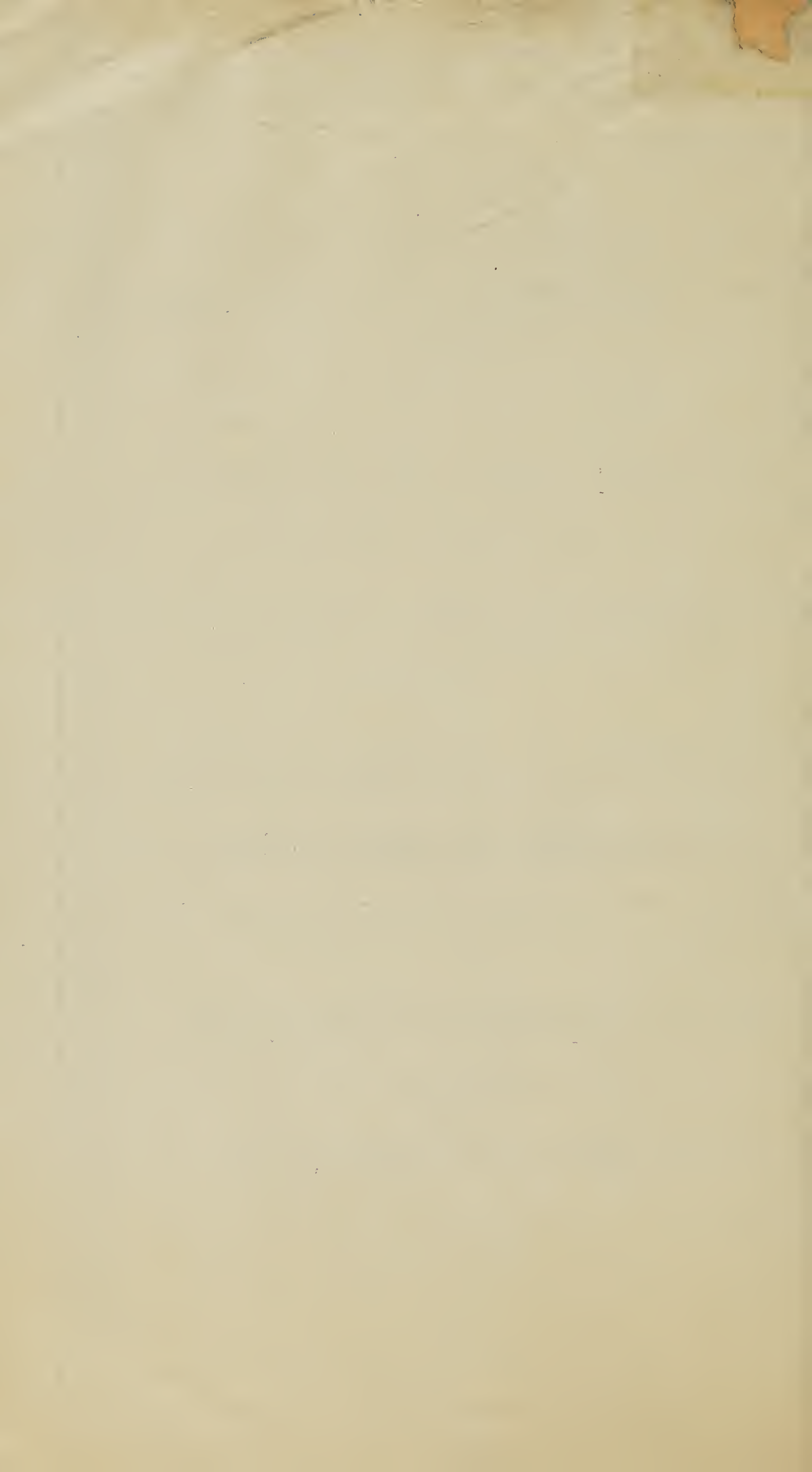
verfasst und der Hohen medizinischen Fakultät

der

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. B.

vorgelegt von

Oscar Wack aus **Freiburg i. B.**



EIN PRIMÄRES SARCOM DES LIGAMENTUM LATUM UTERI

ALS BEITRAG ZUR CASUISTIK DER

PRIMÄREN DESMOIDEN TUMOREN

DER BREITEN MUTTERBÄNDER. »



INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde

verfasst und der Hohen medizinischen Fakultät der

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. B.

vorgelegt von

Oscar Wack aus Freiburg i. B.



A. KORNHAS

LITHOGRAPHIE, BUCH- & STEINDRUCKEREI

FREIBURG IM BREISGAU.



GEWIDMET MEINEN LIEBEN ELTERN IN DANKBARKEIT.

DER VERFASSER.



Im Oktober des Jahres 1905 kam in der Freiburger Gynaekolog. Universitätsklinik ein sehr interessanter Fall von primären Spindelzellensarkom des ligamentum latum zur Beobachtung und Operation, was die Anregung zu dieser Arbeit gegeben hat, und verdanke ich die Beschreibung desselben meinem hochverehrten Lehrer Herrn Prof. Dr. Krönig.

Während man bis zur Zeit Sängers (1880) die primären desmoiden Geschwülste der breiten Mutterbänder stets als intraligamentär entwickelte gestielte und vom Uterus ausgehende Geschwülste betrachtet hatte, schlug die Meinung doch bald nach den ausführlichen Studien des oben erwähnten Autors wesentlich um. Man war wohl zuvor wie Virchow, Kiwisch, Scanzoni, Klob und andere mehr, allgemein der Ansicht gewesen, dass Tumoren, die zwischen oder in den beiden Blättern des lig. lat. gefunden wurden, ihre Matrix im Gewebe des Uterus haben müssten, wobei aber die verdünnte, abgerissene Stielverbindung nicht mehr auffindbar sei. Diese Auffassung wird aber keineswegs von Sänger und den späteren Beobachtern geteilt, da es doch wirklich viel näher liegender ist sich vorzustellen, dass bei einer Vergrösserung der Geschwulst sich auch der Stiel verdickt und wächst. Ebenso wird doch bei einem steten Wachstum des Tumor eine Stieldrehung immer unwahrscheinlicher, da der Tumor, in den Blättern des lig. lat. festhaftend, keineswegs eine so ausgedehnte Excursionsfähigkeit besitzt. Ein weiterer Fehler unterlief häufig dadurch, dass man unter Vernachlässigung der

genauen anatomischen und topographischen Beobachtung solide Ovarialtumoren diagnostizierte. So berichtet z. B. Miculicz über einen Fall eines gestielten Mannskopf grossen fibromes des r. lig. lat., an dessen Ovarialseite sich eine kleine Dermoidcyste befand und meint, dass in diesem Falle das Parovarium der Ausgangspunkt gewesen sei mit einer embrionalen Entwickelungsstörung. Die microscopische Untersuchung ergab aber keine Spur von Kanälchen oder Parovarialgewebe wie sie Cushier beschrieb. Sänger hatte es sich zur Aufgabe gemacht diese Frage eingehender zu studieren und zu beleuchten. In seinen Arbeiten über primäre desmoide Tumoren des lig. lat. wiess er nun an der Hand von 11 teils selbst beobachteten Fällen, teils solchen aus der Litteratur die Richtigkeit seiner Behauptung nach. Es war nun für ihn damals schon keine Frage, dass die lig. lat. alle jene Elemente enthielten, die zur Entwicklung bindegewebiger Tumoren Vorbedingung sind. So konnten Fibrome und Sarkome in ihrer Entstehung ungezwungen verstanden werden. Anders war dem vielleicht bei der Frage der Myome. Denn, da Myome, sich nur aus glatter Muskulatur entwickeln können, wo sollte man da ihren Mutterboden suchen! Auch diesen Punkt weist Sänger entschieden zurück, indem er ausführlich beweist, dass schon im Jahre 1855 von Rouget glatte Muskelfasern im lig. lat. beobachtet waren. Der französische Autor schreibt daselbst: „Le tissu musculaire des ligaments péritoueaux des organes génitaux ne forme pas là une membrane continue, mais une espèce de canevas à mailes larges entremêlées de réseaux musculaire et nerveux, le tout recouvert et masqué par des faisceaux de tissu conjonctif fibreux. Les faisseaux contractiles sont tellement emprissonés qu'il est impossible de les isoler à l'état frais, sans altérer leur texture par les violences mécaniques, au point que les éléments en deviennent complètement méconaissables et sont néces-

sairement confondus avec les filaments du tissu conjunctiv fibroide."

Auch Klebs und B. S. Schultze hoben das Vorkommen glatter Muskelfasern in den lig. lata und ihre Bedeutung für die Gravidität und die Lageveränderungen des Uterus hervor. Mit seiner neuen Schnittmethode hatte W. A. Freund die Kenntniss der Verteilung des Beckenbindegewebes und der mit ihm verbundenen glatten Muskulatur wesentlich gefördert. Auch Luschka erwähnt in seinem Werke über die Anatomie des Menschen das Verhalten glatter Muskelfasern in den lig. lata bei Gravidität und Totalprolapsen.

Aber auch andere Momente stehen Sänger zur Verfügung das Vorhandensein glatter Muskelfasern zu eruieren. Er erinnert an die Cysten der breiten Mutterbänder, die von Spiegelberg, Scanzoni und Gusserow exstirpiert und deren Wandung als 2—3 mm. dicke Schichten glatter Muskulatur erkannt worden waren.

Zum Schlusse seiner Beweisführung führt er noch an, dass sich das Vorkommen von Myomen in den breiten Mutterbändern auch ungezwungen vergleichend pathologisch-anatomisch beweisen liesse. Zu diesem Behufe zieht er als onkologisch und topographisch gleichwertig die desmoiden praeperitonealen Geschwülste der Bauchdecken bei und zeigt, dass sich dieselben nicht nur in den Bauchmuskeln sondern auch im lockeren subserösen Bindegewebe des Peritoneum parietale ausbreiten, ausgehend von Muskelfascien od. den Aponeurosen.

Wenn Sänger diese Beweisführung in ausführlicher Weise unternahm, so war es deshalb, weil er wie eingangs erwähnt Männer wie Virchow und Scanzoni in seinen Behauptungen als Gegner hatte. Nach dem heutigen Stande der Anatomie, Pathologie und Pathogenese der Tumoren würde es, wie Fuchs meint, genügt haben auf die fibromuskuläre Matrix hinzuweisen.

Es möge mir nun gestattet sein die Literatur der Fälle von primären Myomen, Myofibromen und fibrosarcomen des lig. lat. bezüglich Anamnese, Symtomen, Diagnose und Therapie hier folgen zu lassen, bevor ich zur Beschreibung meiner eigenen Beobachtung und deren Resumée übergehe.

Zu Beginn der 80er Jahre beobachtete Schetelig einen Fall von Myom des lig. lat. bei einer 47jährigen Multipara. Seit 2 Jahren bemerkte die Patientin eine Anschwellung ihres Unterleibes. Während die Geschwulst früher nur langsam wuchs, nahm sie plötzlich unter Steigerung der Beschwerden an Ausdehnung rapide zu. Das Allgemeinbefinden und das Aussehen waren bei der Untersuchung relativ gut. Der Unterleib war vorgewölbt; im Abdomen fand sich ein elastischer Tumor von kugeliger Gestalt mit stellenweisen Unregelmässigkeiten und härteren Partieen, besonders links vom Nabel. Oberhalb der Symphyse war perkutorisch eine hellere Zone nachweisbar. Bei der inneren Untersuchung fühlte sich die vordere Vaginalwand sehr resistent an; der Uterus war von normaler Grösse und an normaler Stelle mit guter Beweglichkeit. Die Dämpfung begann in der Mittellinie 8 ctm. oberhalb des Nabels und erstreckte sich abwärts bis zu 14 ctm. unterhalb desselben. Die Grenzen der Dämpfung nach den Seiten lagen rechts 20 ctm. und links 14 ctm. von der Mittellinie entfernt.

Die Diagnose lautete, da undeutliche fluctuation vorhanden war, auf: Ovarialcyste. Eine Operation konnte nicht ausgeführt werden, da Pat. eine 2 Monate dauernde Peritonitis acquirierte, ausgegangen von zwei mit dem Tumor verwachsenen Darmschlingen. Patientin erlag ihrem Leiden und die Autopsie ergab ein Myoma teleangiectodes cavernosum lig. lat. dextr. Der etwas hyperplastische Uterus und die Adnexe waren ohne jede Verbindung mit dem Tumor. Sowohl vorne als hinten an der Geschwulst war je eine Darmschlinge mit deren

Oberfläche fest verwachsen und unter den adhaesionen Eiteransammlung, in welcher gewiss das tötliche Moment der Peritonitis gesucht werden musste.

Im Jahre 1878 beschreibt Schmid in der Prager med. Wochenschrift einen interessanten Fall von Fibrosarcoma lig. lat.:

Pat. 35 Jahre alt hatte 1 mal geboren. $1^1/_4$ Jahr p. partum bemerkte sie in der rechten Unterbauchgegend eine rundliche etwa apfelgrosse weder schmerzhafte noch druckempfindliche Geschwulst, die ca. $^1/_2$ Jahr in ihrem Wachstum stabil geblieben war. Als p. part die Menses wieder eingetreten waren und sich dabei Pat. durch tanzen körperlich überanstrengte zeigten sich 8 Tage lang anhaltende peritonitische Erscheinungen. Die Geschwulst wuchs nun sehr rasch und machte grosse Beschwerden durch ihre Last und ihr Gewicht. Bald traten Decensus Uteri und Prolaps der vorderen Vaginalwand ein. Der Befund war folgender: Der Unterleib war in Form eines starken Hängebauches Die Ursache seiner Ausdehnung zu 113 ctm. war ein nahezu symetrisch die Mitte einnehmender fester Tumor von bedeutender Verlagerungsfähigkeit. Die wegen Diastase der Recti leicht abzutastende Oberfläche des Tumor war lappig. Bei der bimanuellen Untersuchung können deutlich beide Ovarien nachgewiesen werden, das rechte etwas vergrössert und druckempfindlich. Der sonst normale Uterus liess sich von dem Tumor deutlich abgrenzen. Die Perkussion ergab gleichmässige Dämpfung. Fluctuation bestand nicht. Die Diagnose lautete auf soliden Tumor des rechten lig. lat. Bei der sofort ausgeführten Laparatomie wurde ein 8 kg. schwerer tumor entfernt, der sich als fibrosarcom des lig. lat. erwies. Der Verlauf war gut, fieberfrei und die Heilung per primam.

Die Krankengeschichte des von v. Miculicz beobachteten Falles sei kurz ausgeführt:

Pat. 22 Jahre alt unverheiratet, noch niemals menstruiert. Nullipara. Seit 6 Jahren klagte Pat. über zeitweise auftretende 4—8 Tage dauernde Beschwerden im Unterleibe, mit der gleichzeitigen Wahrnehmung einer langsam wachsenden harten Geschwulst, die sie als Ursachen bestehender, nicht periodischer Schmerzen, ansah. Schon seit ca. 2 Jahren bestand daneben Hydrops und Ascites. Ein Jahr vor der Operation war eine so bedeutende Zunahme des Leibesumfanges zu bemerken, dass Pat. Bettlage einhalten musste.

Befund: Schwächlich gebaute Pat. von kindlichem habitus, schlechtem Ernährungszustande und blasser Gesichtsfarbe. Der grösste Leibesumfang über den Nabel gemessen beträgt 92 ctm. Die Ausdehnung ist besonders stark durch den Ascites. Oberhalb der Symphyse lässt sich ein fast mannskopf grosser fester Tumor mit höckeriger Oberfläche nachweisen. Er ist allseitig beweglich und steigt bis über den Nabel empor. Die Scheide ist eng, die Portio infantil, den Bewegungen des Tumor nicht folgend.

Operation:

Nach Durchtrennung von Adhaesionen mit dem Netz und dem Colon transversum hängt der Tumor noch am lig. lat. an einem dünnen Stiel, welcher auch das rechte, von der Geschwulst gesonderte, Ovarium trägt. Dieses, sonst normal, ist in Nekrose begriffen; es wird entfernt. Der Uterus ist frei, infantil, das linke Ovarium normal bis auf ein erbsengrosses fibrom. Die Heilung erfolgte nach einer intraabdominalen Nachblutung und eines nach aussen und in den Darm durchgebrochenen Bauchabscesses. Der Tumor wog 5 kg. und erwies sich als ein fibromyom mit vorwiegend bindegewebiger Grundlage.

Ein französischer Gynaekologe (Gayet) berichtet über ein kollosales Cystoma lig. lat. sin.

Pat. 42 Jahre alt, Multipara. Sie verspürt angeblich seit 7 Jahren ziehen, drängen und spannen im Leibe. Der Ernährungszustand ist gut; der grösste Leibesumfang 117 ctm., Cor und Pulmo ohne patholog. Befund. Der Uterus ist nach oben und rechts verzogen. In der linken Unterbauchgegend wird ein Tumor getastet mit deutlicher fluctuation, so dass die Diagnose Ovarialcyste gestellt wird.

Laparatomie: Bauchschnitt in der Medianlinie. Es präsentiert sich ein cystischer Tumor, der punktiert wird. Es fliesst seröse trübe Flüssigkeit ab. Die Geschwulst wird nun vorgezogen und es zeigt sich, dass der an der Seite des Uterus gelagerte Tumor in das kleine Becken hinunterragt und vom lig. lat. eingehüllt ist. Der Operateur stellte nun die Diagnose cystisches Myom des lig. lat. und versuchte die Ausschälung. Er musste aber den Versuch als undurchführbar aufgeben, wegen der zu fürchtenden Blutungen aus den stark erweiterten Venengeflechten bei der décortication uterine. Die Geschwulstbasis wurde kreisförmig umsäumt und darüber $^9/_{10}$ des Tumor abgetragen. Der Rest wurde in die Bauchwunde eingenäht.

Vom 4. Tage an traten Erscheinungen der Sepsis auf und bald trat der Tod ein.

Der Reformator der hier interessierenden Frage Sänger beschrieb in seiner ersten Arbeit folgenden Fall. Anamnese:

Pat. 19 Jahre alt. Regelmässig menstruiert ohne Beschwerden. Mit 17 Jahren hatte sie einen normalen partus. Mit dem Alter von $18^1/_2$ Jahren bemerkte Pat., ohne dass ihr Wohlbefinden eine Unterbrechung erlitt und ohne jedwede Sensationen eine allmählige Anschwellung ihres Leibes. Drei Monate später verlor sich die sonst regelmässige Periode. Der Leibesumfang nahm nun rasch zu und bald stellte sich ein lästiges Gefühl der Schwere und ein Drängen in die Scheide

ein. Pat. arbeitete nochmals 2 Monate weiter, kam aber dann abgefallen und kraftlos zur Klinik um sich Rat über die vermeintlichen Schwangerschaftsbeschwerden zu holen.

Befund: Mittelgrosse Pat. von mässig gutem Ernährungszustande und alten Gesichtszügen. Die Brustorgane sind ohne Besonderheiten. Der Unterleib ist gleichmässig und stark aufgetrieben, der Nabel verstrichen. In Nabelhöhe ist der Leibesumfang 96 ctm. Die Bauchdecken sind dünn und ziemlich straff, so dass man die Beweglichkeit des sich im Abdomen befindlichen tumor schwer prüfen kann. Die Percussion ergiebt in der Median- und rechten Mamillarlinie vollkommen leeren Schall, in der linken Mamillarlinie und noch weiter nach aussen eine sich bis zum Darmbein hinziehende schmale Zone mit tympanitischem Schall. Druck und Dislocationserscheinungen bestehen nicht. Die innere Untersuchung ergiebt zunächst einen hühnereigrossen Prolaps der vorderen Vaginalwand mit Cystocele und einen kleineren der hinteren Scheidewand, in welchen sich gleichwohl auch das Rectum hineinzieht. Der Uterus ist dextroponiert, anteflectiert — poniert, klein. In seiner Beweglichkeit ist er stark beschwränkt durch eine Geschwulst, welche durch das hintereScheidengewölbe deutlich zu fühlen ist. Die Ovarien sind nicht palpabel. Die Exploratio rectalis ergiebt die bedeutende Anfüllung des Douglas durch die weiche gleichmässige Geschwulst. Die Diurese ist ungestört.

Es wurde hieraus die Diagnose auf Colloidkystom des lk. Ovarium gestellt und die Laparatomie ausgeführt. Unter 2 % antiseptischem Spray wurde die Bauchhöhle eröffnet. Die sich praesentierende Cyste wurde punktiert und es entleerte sich wenig helles Serum. Der Tumor zeigte sich sehr schmiegsam, so dass er durch die 12 ctm. lange Bauchwunde herausgezogen werden konnte. Nachdem er nun, von dem Umfang eines grossen Kürbis,

vor dieser lag, fiel auf, dass das Abdomen nicht sonderlich zusammenfiel. Die in dasselbe eindringende Hand stiess auf einen zweiten hinteren weit grösseren Tumor, der nach der Beckenhöhle zu entwickelt war. Die obere Kuppe der Geschwulst wurde in die Bauchwunde gezogen und so die Hauptmasse herausgewälzt. Das im Douglas liegende Segment machte wegen breiter Verwachsungen nach hinten Schwierigkeiten. Sie wurden mit dem Finger getrennt, wobei es sich ereignete, dass das Peritonaeum links einwärts vom Rectum einriss. Unter mässiger Blutung wurde nach Anlegung einer Massenligatur der Tumor abgetragen und die Bauchwunde mit Seidennähten geschlossen. Die Heilung erfolgte nach einer Entzündung und Exsudation ausgegangen von der Verletzung des Pertionaeum im Douglas. Die beiden Tumoren wogen zusammen 8510 gr. und standen in keinerlei Zusammenhang mit Uterus oder Ovarien und waren vom linken lig. lat. ausgegangen. Die microscopische Untersuchung ergab ein fibrom mit hydropischer Degeneration.

Leider ohne nähere Angaben wird folgender Fall von Bardenheuer geschildert. Bei einer Frau ergiebt der Befund eine grosse Abdominalgeschwulst, die tief ins kleine Becken hinabreicht und sich zum Teil emporheben lässt. Bei der vorgenommenen Laparatomie reisst die vordere Rectumwand ein, die sofort wieder vernäht wird. Der sehr grosse Tumor ging vom ligament. lat. aus und wurde exstirpiert. Bei der Drainage des Wundbettes wurde ein starkes parametranes Gefäss angerissen, so dass 4 Stunden post operat. der Tod an Verblutung eintrat. Die Diagnose lautete auf fibromyoma lig. lati.

Buschmann beschreibt in einer seiner Arbeiten einen Fall von reteoperitonealem Fibromyom. Die Pat. war 35 Jahre alt und hatte 4 mal geboren. Seit ca. 3 Jahren bemerkte sie eine Zunahme ihres Bauchumfanges.

Untersuchung:

Blasse, schlecht genährte Pat. Brustorgane normal. Das Abdomen ist vorgetrieben von gleichmässig derber elastischer Consistenz. Der Percussionsschall ist überall gedämpft und geht in den von Leber und Milz über. Die vaginale Exploration ergiebt keinen direkten Zusammenhang des fast unbeweglichen tumor mit dem normalen Uterus. Harn und Stuhlentleerung sind ungestört. Die Beschwerden der Pat. bestehen hauptsächlich in dem unangenehmen Gefühl durch Schwere und Druck des Tumors und in der starken Abmagerung.

Unter Thymolspray wurde die Laparatomie ausgeführt. Der Tumor stand in keinerlei Verhältnis zu Uterus oder Ovarien. Er sass im lig. lat. und war mit der im kleinen Becken gelegenen Niere verwachsen. Die Geschwulst wurde unter starker Blutung exstirpiert und wog 18 kg. Leider wurde der Erfolg durch Collaps mit Exitus getrübt. Auch hier zeigte das Microscop das Bild eines fibromyomes.

In der deutschen Zeitschrift für Chirurgie referierte Rydigier folgenden Fall von fibromyom.

Pat. hat mehrmals geboren. Der zu constatierende Tumor zeigte fluctuation, das Abdomen sonst leeren Schall und Resistenz. Bei der abdominalen Operation zeigt sich, dass der Tumor ohne Verbindung mit Uterus oder Ovarien ist. Es lässt sich derselbe leicht exstirpieren, sitzt im lig. lat. und zeigt den Bau eines fibromyomes mit stellenweiser colloider Entartung. Pat. wurde bald geheilt entlassen.

Chemieux überliefert der Literatur einen interessanten Fall von Cysto-Sarcoma lig. lat. sinistr.

Pat. ist 32 Jahre alt und Nullipara. Man erfährt von ihr, dass der Tumor im Leibe langsam aber stetig gewachsen ist, ohne gröbere Störung des Allgemeinbefindens. Plötzlich etwa ein halbes Jahr vor der Operation begann die Geschwulst rapide zu wachsen,

so dass Pat. endlich ärztliche Hilfe in Anspruch nahm. Bei der inneren Untersuchung ist die Bewegung des Tumor auf die Portio zu übertragen, er scheint demnach dem Uterus anzugehören. Aus dem bimanuellen Untersuchungsbefunde wurde hierauf ein fester gestielter Uterustumor constatiert. Bei der Operation zeigte sich aber, dass ein Stiel vom Tumor zum lig. lat. zog und dort sein Ende fand. Der Uterus und die Ovarien waren frei von jedem pathologischen Befund. Der Tumor wurde extirpiert und wog 6 kg. Er wurde als Cysto-Sarcoma lig. lati diagnostiziert und bot eine weiche zitternde Masse dar, gebildet von weitmaschigem Gewebe mit faustgrossen cystösen Räumen im Innern.

Der Erfolg der Operation wurde leider durch eine postoperative Peritonitis vereitelt, die von einem Eiterherde in der Nähe des Stieles ausgegangen, zum Exitus führte.

In der am 8. Juni 1880 zu Berlin abgehaltenen Versammlung der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekologie demonstrierte Schröder ein rechtsseitiges fibromyom des lig. lat., das ohne Symptome gemacht zu haben, anlässlich einer Cystomektomie, exstirpiert worden war.

Hofmakl berichtet in der allgemeinen Wiener med. Zeitung einen Fall von spontaner Verlagerung eines cca. Mannsfaustgrossen fibromes neben einer Bauchhernie.

Anamnestisch soll erwähnt werden, dass Pat. früher gesund war, zweimal spontan geboren hatte. Nach dem zweiten Partus entwickelte sich über dem lig Poupartii eine Hernie. Die Bauchdecken über derselben wurden allmählig gangranös und in der Klinik wurde als Ursache eine Geschwulst gefunden. Dieselbe war, wie es sich bei der Operation erwies durch einen breiten Stiel mit dem lig. lat. verbunden. Mit Messer und Papuelin wurde der Tumor abgetragen und Pat. später geheilt entlassen.

N. Netzel berichtet 1884 von einem retroperitonaealen Sarcom, dessen Ursprung nicht ganz sicher, aber wahrscheinlich das lig. lat. war.

Die 38jährige Pat. war 2 Jahre vor der Hauptoperation wegen ileusähnlicher Erscheinungen in der Klinik zu Stockholm behandelt worden. Bei der damaligen Untersuchung fand man neben einem graviden Uterus und normalen Ovarien eine neben der Gebärmutter liegende Geschwulst, die als subperitonaeales Myom angesprochen wurde. Kurz nach der Geburt wurde die Pat. wieder untersucht und zeigte es sich, dass der Tumor bereits bis zur Nabelhöhle gewachsen war. Die Kräfte nahmen nun rapid ab, Pat. erkrankte wiederum unter Jleus und die Geschwulst wuchs rasch weiter. Dabei quälten ständige Schmerzen und starke Atembeschwerden die Trägerin des Tumor. Der Leibesumfang in Nabelhöhe betrug 91 ctm. Die Geschwulst ist unbeweglich, ihre Oberfläche glatt mit 2 Hervorragungen; ihre Consistenz elastisch und undeutlich fluctuierend. Die Gebärmutter lässt sich völlig isoliert abtasten. Es wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Ovarialkystom gestellt und die Laparatomie beschlossen.

Die dünne Bauchwand ist sehr gefässreich; mit ihr in der Medianlinie war die Geschwulst fest verwachsen, so dass eine Trennung schwer wurde. Beim tiefer gehen geriet man in die Geschwulst, worauf eine starke Blutung einsetzte. Alle weiteren Versuche misslangen und vermehrten die Blutung. Die Operation wurde deshalb aufgegeben, die blutenden Stellen verschorft und die Bauchhöhle geschlossen. 7 Tage nach der Operat. starb Pat.

Aus dem Sektionsbericht ist zu bemerken, dass der Tumor mit mehreren Darmschlingen, der Flexura sigmoidea verwachsen war, sich in die linke fossa iliaca ausdehnte und tief ins kleine Becken reichte.

Die microscopische Diagnose lautete auf Spindelzellensarcom, die macrocopische auf sarcom des lig. lat. sin.

Nicolayson berichtet aus Christiania folgenden Fall: Die 34 jährige Frau war früher stets gesund, ist erblich nicht belastet und hat 6mal geboren (spontan). Plötzlich verspürte Pat. Schmerzen im Leibe und beobachtete gleichzeitig Anschwellen desselben. Die Geschwulst wuchs stetig und war beweglich. 3/4 Jahre nach dem ersten Anfall wurden die Schmerzen sehr stark und waren über den ganzen Leib verbreitet, so dass Pat. das Bett hüten musste.

Der Befund war: Es fand sich eine Geschwulst im Leibe, die handtellerbreit den Nabel überragte. Dieselbe war wenig beweglich und undeutlich fluktuierend. Die bimanuelle Exploration findet keinen Zusammenhang mit Uterus oder Ovarien.

Laparatomie: Nach Eröffnung der Bauchhöhle sah man den Tumor der vorderen Bauchwand in der Nabelgegend handtellerbreit adhaerent. Nach Lösung zahlreicher Darmadhaesionen und solchen mit dem Periton. pariet. der Crista ilei dextr. entlang wurde der Tumor entfernt. Uterus und Ovarien waren ausser Verbindung mit dem Tumor, der ein Cystosarcom des lig. lat. dext. war. Die Heilung verlief glatt.

Anfang März 1887 demonstrierte Languer in der Geb.-Gynaek. Gesellschaft Berlin ein Myxofibrom d. lig. lat.

Pat. war 47 Jahre alt, Multipara. Sie hatte ein dickerwerden ihres Leibes beobachtet und klagte darüber dass sie nicht mehr spontan Wasser lassen könne. Die Narkosenuntersuchung ergab den Uterus dextroponiert durch den linksseitigen Beckentumor. Bei der Operation zeigte sich nach Durchtrennung des Periton., dass der Tumor im lig. latum sass. Der Mantel desselben wurde gespalten und er selbst enucleiert. Dann wurde von dem Ge-

schwulstbett nach der Scheide zu drainiert, ein Teil des Mantels abgetragen, und der Rest der Wundhöhle derartig vernäht, dass die Wundhöhle vollkommen gegen den Bauch abgeschlossen war. Der Verlauf schien sich zunächst günstig zu gestalten, am 10. Tag stieg Puls und Temperatur und Pat. starb. Die Sektion ergab Peritonitis purulenta. Uterus und Ovarien waren am Tumor unbeteiligt, derselbe ging vom lig. lat. sinistr. aus und war ein Myxofibrom.

C. von Rokitansky publizierte einen Fall von fibroma lig. lat. dext., den er beobachtet und operiert hatte.

Pat. 32 Jahre alt, II para, bemerkte seit einem halben Jahre eine Geschwulst im Leibe. Dieselbe reichte bei der Untersuchung bis zum Nabel, der Uterus war etwas vergrössert ohne Zusammenhang mit dem Tumor. Pat. wurde operiert und ging der Tumor vom r. lig. lat. aus und konnte leicht exstirpiert werden. Glatte Heilung.

Kurz darauf hatte der gleiche Verfasser Gelegenheit einen zweiten Tumor des breiten Mutterbandes zu beobachten, wobei es sich um ein linksseitiges fibrosarcom handelte.

Pat. war 24 Jahre alt, Nullipara. Uterus und Ovarien gross an normaler Stelle. Bei der Operation zeigte es sich, dass der Tumor ohne Stielverbindung mit dem Uterus war, vom lig. lat. ausging und leicht exstirpiert werden konnte. Die Heilung verlief glatt.

Zwei Jahre später sah sich die gleiche Patientin gezwungen, sich nochmals einer Operation zu unterziehen. Es hatte sich im rechten lig. lat. auch wieder ein Tumor entwickelt, der sehr unangenehme Erscheinungen machte. Bei der Operation zeigte sich, dass der Tumor fast Mannskopfgross war. Das Gewebe desselben war weiss, faserig, darin fanden sich zahlreiche erbsen- bis nussgrosse mit klarer seröser Flüssigkeit gefüllter Hohlräume. Das Gewicht betrug 2700 gr.

Es handelte sich um ein Sarcom des lig. lat., welches sich aus einem fibromatösen Tumor entwickelt hatte und stellenweise enorm ödematös war.

Rayard Holmes nimmt auf den Verhandlungen der Gesellschaft für Gebh. u. Gynaekologie zu Chicago Gelegenheit ein primäres Myom des breiten Mutterbandes bei einer 35jährigen I para zu demonstrieren. $^1/_2$ Jahr zuvor war ein kleiner beweglicher Tumor, welcher für ein prolabiertes Ovarium gehalten wurde, hinter dem Uterus entdeckt worden. Derselbe nahm aber ziemlich rasch an Grösse zu und verlor seine Beweglichkeit. Wegen heftigster Beschwerden entschloss man sich, zur Entfernung des Tumors durch die Laparatomie. Die Herausbringung der Geschwulst war zufolge der Unbeweglichkeit schwierig, doch gelang dieselbe. Die Oeffnung im Peritonaeum wurde durch Naht geschlossen und der Erfolg war gut.

Macroscopisch kann von dem Tumor gesagt werden, dass er die Grösse einer Männerfaust hatte, rund und glatt war, und auf dem Durchschnitt feste Substanz zeigte mit vereinzelten Cavernen. Im microscopischen Bilde kann unschwer die Diagnose Myom gestellt werden.

In einer Dissertation beschreibt Bilfinger ein Fibrom des lig. lat.

Pat. war 56 Jahre alt, hatte 8 Kinder spontan geboren, und war sonst stets gesund gewesen. Die Funktion des Genitale war stets normal zu nennen auch bestanden keinerlei Beschwerden im Unterleib bis kurz vor dem Tode. Die Frau klagte plötzlich über Mattigkeit, Kopfschmerzen und Appetitlosigkeit. Bald verschlimmerte sich der Zustand derartig, dass Patientin bewusstlos wurde und die Nahrungsaufnahme verweigerte. Der Exitus trat unmittelbar nach Beginn der stürmischen Beschwerden ein.

Ein Befund lag nicht vor, weshalb in der betr. Arbeit nur auf das Sektionsprotokoll Wert gelegt werden

muss, mit Beschreibung des Tumors. Der Tumor sass im rechten Lig. lat. und war stark gänseeigross. Er hing an einem cca. 1,5 ctm. langen Stiele, der sich derb anfühlte, eine glatte Oberfläche zeigte und mehrere ektatische Gefässe trug. Er bestand sehr wahrscheinlich aus der ausgezogenen Serosa der Mutterbänder.

Der Tumor hat ovale Gestalt, ist im ganzen derb und zeigt an 2 Stellen kleine Cystchen. Das microscopische Bild bietet wenig auffallendes. In dem bindegewebigem Stroma liegen, bald spärliche, bald massenhafte Spindelzellen, neben weniger reichlich vorhandenen Rundzellen. Daneben erkennt man die Bündel und Züge von glatten Muskelfasern, die im Verhältnis zum Bindegewebe nur in geringer Menge vorhanden sind.

Uterus und Ovarien waren normal und ohne jede Verbindung mit dem Tumor.

Konrad berichtete über ein 20 Pfd. schweres fettig degeneriertes Fibrom des rechten lig. lat. Dasselbe wurde durch Laparatomie mit glatter Heilung entfernt.

Martin beschreibt ein Myoma d. lig. lat. von 2000 gr. bei einer 57jährigen Pluripara, dessen Enucleation nach Spaltung des Peritonaeum leicht war.

Eine grössere Geschwulst von 3590 gr. beobachtete Terrier und legte die Beschreibung im Progrès médical nieder. Der Tumor sass im linken lig. lat. und wurde mit Erfolg exstirpiert.

Im Brit. med. Journal berichtete Doran über einen Fall. Er entfernte ein mit dem lig. lat. durch einen Stiel verbundenes Fibrom, das über 16 Pfd. wog bei einer Frau von 32 Jahren. Uterus und Ovarien selbst waren intakt geblieben.

Bei einer sonst gesund gewesenen 37 jährigen Frau und Mutter von 7 Kindern operierte Terillon ein Fibrom d. breiten Mutterbandes. Aus der Anamnese sei berichtet, dass Pat. plötzlich ein Anschwellen ihres

Leibes bemerkte, das rasch an Grösse zunahm. Als die Pat. zur Operation kam war der Leibesumfang 160 ctm. Die Kranke bot ernstliche Störungen infolge von Ileus, Beschwerden beim Wasserlassen, vorübergehende Anurie, so dass ein chirurgischer Eingriff wohl am Platze war.

Es zeigte sich nun dass im l. lig. lat. ein Fibrom sass das mit Ureteren und Blase verwachsen war. Unter grossen Schwierigkeiten wurde der Tumor exstirpiert. Er wog 19 kg. Nach Blutstillung und Drainierung wurde die Bauchhöhle geschlossen. Der Verlauf war günstig, die Kranke genas und nahm bald an Körpergewicht zu.

Braun referierte in einer Sitzung der geburtshilflichen Gesellschaft in Wien über ein durch Laparatomie entferntes linksseitiges Myom des breiten Mutterbandes, das starke Beschwerden verursacht hatte und glücklich operiert wurde.

Der franz. Gynaekologe Larogenue operierte ein linksseitiges Fibrom des lig. latum, das zahlreiche Verwachsungen aufwies, unter anderem mit Leber und Zwerchfell. Die Ausschälung konnte nur unter abundanter Blutung ausgführt werden, so dass Pat. an dem grossen Blutverlust 8 Stunden nach der Operation starb. Der Tumor war ein reines Fibrom und wog 30 Pfd.

Wiederum berichtet ein Franzose Doléris in dem N. Archiv d'obst. et de Gyn. 1891 von einem Fibromyom. Dasselbe war mit dem lig. latum durch einen 5—6 ctm. langen und kleinfingerdicken Stiel verbunden. Der Tumor war kugelig und an verschiedenen Stellen cystisch degeneriert.

Im gleichen Jahre wurde in Wien von Herzfeld bei einer 39 jährigen Pluripara wegen Beckentumor mit hochgradigen Verdauungs- und Respirationsbeschwerden die Laparatomie ausgeführt. Es praesentierte sich ein kolossaler bindegewebiger Tumor im rechten lig. latum,

welcher exstirpiert, sich als Myoma lipomatodes mit einem Gewicht von $6^1/_2$ kg. diagnostizieren liess. Gleichzeitig waren noch zwei Tumoren zwischen den Messenterialplatten des Colon und der Ileocoecalgegend exstirpiert worden, die auch Myome waren.

Einen interessanten Fall von doppelseitigem Fibromyom des Beckenbindegewebes teilt uns Uezow mit.

Pat. 44 J. alt, Multipara. Die Anamnese bietet nicht viel Anhaltspunkte, da es sich um eine äusserst indolente Pat. handelte, die sich nicht beobachtete.

Aus dem Befund mag erwähnt sein: Kleine magere sehr elend aussehende Pat. Muskulatur und Fettpolster dürftig entwickelt. Der Damm ist vollständig bis in den Mastdarm eingerissen. Die vordere Scheidenwand mannsfaustgross prolabiert, ebenso die hintere. Es besteht eine 12 ctm. lange Cystocele. Auf der vorderen prolabierten Scheidenwand sitzt rechts von der Mittellinie eine hühnereigrosse gestielte Geschwulst von weichelastischer Consistenz. Die Kuppe des Tumor ist ulceriert, die Oberfläche hat aber noch deutlich den Charakter der Scheidenschleimhaut bewahrt. Die Reposition des Vorfalles gelang nicht vollständig; als Hindernis erwiess sich eine weitere links gelegene Geschwulst, welche nur in ihrem unteren Abschnitte von unten abzutasten, mit der Hauptmasse hinter dem linken absteigenden Schambeinaste im Becken verschwindet. Der Uterus liegt anteflectiert, ist stark gesenkt. Ein Zusammenhang der Tumoren mit ihm ist nicht nachzuweisen.

Die Operation wurde vaginal ausgeführt. Der Schnitt wurde hart am r. Rande des Stieles des rechtsseitigen und über die Kuppe des linksseitigen Tumor herumgeführt. Im Bereiche des Stieles war das Gewebe derart serös durchtränkt und mürbe, dass es fortwährend riss und eine Ausschälung in toto nicht gelang. Nach Freilegung des Stieles ergab sich, dass die Geschwulst hier keineswegs aufhörte, sondern sich durch eine bruch-

ringartige Lücke in der fascie der vorderen Scheidenwand zapfenartig zwischen Halsteil des Uterus seitliche Beckenwand und Blase hinein fortsetzte. Unter nicht unerheblichen parenchymatösen Blutungen wurde die Geschwulst stückweise entfernt. Eine Verbindung mit dem Uterus bestand nicht. Nunmehr wurde die in der Anfrischung freiliegende Kapsel des linken Tumor vaginal gespalten und letzterer aus seinem Bette ausgelöst. Er hatte Grösse und Form eines mittleren Apfels auch hier kein Zusammenhang mit dem Uterus. Nach Stillung der parenchymatösen Blutung durch einige fortlaufende Nähte wurde die Kolporaphiewunde genäht und der Dammriss geschlossen. Die Heilung erfolgte per primam.

Verfasser meint nun, dass die beiden Tumoren früher offenbar höher gesessen haben müssen und erst secundär durch den schon 8 Jahre bestehenden Prolaps mit nach unten gezogen worden waren. Der rechtsseitige Tumor hat wahrscheinlich dabei eine praeformierte Fascienlücke zu seinem Durchtritt nach unten benützt, während der linke durch den Widerstand des Schambeinastes daran gehindert wurde.

Es ist nach dieser Erläuterung wohl zu verstehen, dass die Tumoren im lig. lat. dext. resp. sin. entstanden sind mit secundärem Tiefertreten. Die exstirpierten Tumoren zeigten auf dem Durchschnitt gleichmässige graurötliche Bindegewebszüge. Beide Tumore waren solide und sehr blutreich. Unter dem Microscop bestand ihre Substanz aus einem zarten Bindegewebsgerüst mit dazwischen liegenden Muskelfasern. Auffällig war fernerhin der grosse Capillarreichtum.

Dem Congrès français de Chirurgie demonstriert in der 6. Session a Paris en 1892 Gross ein 2500 gr. schweres Fibromyom des rechten lig. lat., welches von einer 31 jährigen Nullipara stammte.

Der Tumor war mit der hinteren und oberen

Partie des r. lig. lat. durch einen dicken Stiel verbunden und hatte eiform. Ovarien und Tuben waren ohne Besonderheiten, der Uterus war klein in normaler Stellung und ohne Beziehung zum Tumor.

Vor der Operation war die Diagnose auf Ovarialtumor gestellt gewesen.

Wathen exstirpierte einen hühnereigrossen rein fibrösen Tumor, der im lig. lat. sass. Man konnte in demselben deutlich verkalkte Stellen nachweisen. Die Geschwulst machte der Pat. heftige Beschwerden insbesonders bei der Defäcation. Die Operation verlief gut; Heilung.

In seiner Arbeit „Fibro-myômes pédiculisés primitivement d'eveloppés dans l'épaisseur des lig. larges" berichtet Delagrange von einem mit Erfolg exstirpierten 240 gr. schweren Myom des lig. lat., welches mit demselben durch einen fingerdicken Stiel zusammenhing.

Anamnese und Operation sind ohne wesentliche Bedeutung. Die Heilung erfolgte glatt.

Handfield Jones demonstrierte auf einem Congress ein fibromyoma of the broad ligament, das schwere Symptome gemacht hatte und zu grossem Ascites führte.

Ein weiterer Fall wird von Polloson berichtet. Eine 32 Jahre alte, seit 13 Jahren steril verheiratete Pat. klagte etwa 10 Jahre lang über unbestimmte metritische Schmerzen, die seit 1 Jahr mit Schmerzen der rechten Unterbauchseite verbunden waren. Bei der vorgenommenen Laparatomie wurde der Tumor, im Becken neben dem Uterus liegend, für inoperabel gehalten und das Abdomen wieder geschlossen. Ein halbes Jahr später konstatierte der Berichterstatter bei der Pat. einen Tumor tief unten im Becken an der r. Seitenkante des lig. lat. Nach Eröffnung des Abdomen gelang es ebenfalls nicht den Tumor der Bauchwunde so weit zu nähern, dass die übliche Spaltung des Peritonaeum und Ausschälung hätte ausgeführt werden können.

Auch jetzt schloss der Operateur unverrichteter Dinge das Peritonaeum, als ihm der Gedanke kam vom unteren Winkel der Incission her unter dem Beckenperitonaeum einzudringen um so den Tumor sich zugänglich zu machen. Dies gelang ihm überraschend leicht und die Heilung erfolgte glatt.

Auch nach reiflichen Nachstudien an der Leiche empfiehlt er diesen Weg für die Enucleation der Fibrome der lig. lata bei tiefem rückwärtigem Sitze. Die Vorteile seien folgende: Die Bindegewebewunde neige nicht so leicht zu schwerer verhängnisvoller Infektion wie das Peritonaeum und fernerhin sei die Tamponade unschwer und wirksam auszuführen und der Weg bahne sich sehr leicht. Der Schnitt würde bei dieser Art Operation ebenso wie bei der Unterbindung der Iliaca externa geführt werden.

In den Archives de Tocologie et de Gynécologie wird folgender Fall beschrieben. Bei einer 23jährigen Nullipara (Hysterica) wurde ein eiförmiges Fibromyom mit einem Durchmesser von 9 ctm. resp. 6 ctm. beschrieben und entfernt. Dasselbe war am oberen Rand des lig. lat. dextr. durch einen fingerdicken Strang angeheftet und zeigte keinerlei Verbindung mit dem Uterus. Das Ovar. und die Tube der rechten Seite waren normal, die linken Adnexe wenig vergrössert und mit benachbarten Partien durch Adhaesionen verbunden.

Ein englischer Operateur Larson Tait exstirpierte bei einer 55jährigen Multipara einen Tumor, der folgendermassen in dem Ediburgher Medicinal Journal beschrieben wird: „The Tumor which reighted just over 2lbs, was attached by a broad oedematous pedicle to the broad ligament, close to but distinctly separate from the left margin of the uterus.“ Die Heilung verlief gut.

Auf dem Congress am 25. Mai 1894 zu Berlin in der Gesellschaft f. Gebh. u. Gyn. wurde von de Guérard folgender Fall besprochen.

Pat. 37 Jahre alt bemerkte seit 3 Jahren eine Anschwellung ihres Leibes, fühlte sich sonst aber wohl. Sechs Jahre zuvor hatte Pat. den letzten von 5 normalen Partus durchgemacht. Als Pat. eines Abends einen schweren Waschbottich hob verspürte sie plötzlich einen furchtbaren Schmerz im Unterleibe, der so stark wurde, dass Pat. das Bewustsein verlor. Auf Bettruhe, Eisblase und Narcoticum hin besserte sich der Zustand bald, und nach 10 Tagen stand Pat. wieder auf und arbeitete, wenn auch unter grosser Anstrengung wieder. Die nächste Periode verlief gut. Ein Monat später trat genau unter denselben Umständen die gleiche Attake auf. Pat. wurde in die Klinik gebracht und dorten die Diagnose auf Cystom mit, durch Stieltorsion verursachter, Entzündung gestellt.

Laparatomie: Nach Eröffnung der Bauchhöhle präsentiert sich die Geschwulstmasse in der rechten Beckenhälfte und sass im lig. latum. Sie bestand aus zwei Tumoren, einer strausseigrossen Parovarialcyste und einem hühnereigrossem Fibrom des lig. latum. In dem letzteren hat ein starker Bluterguss stattgehabt. Der Stiel zeigte zwei nach links gewundene Torsionen am uterinen und am abdominalen Ende der Tube. Die Operation dauerte 6 Minuten, der Verlauf war gut und die Heilung ging per primam glatt von statten.

Ebenfalls ein fibromatöser Tumor des lig. lat. wurde von Délauny durch Laparatomie entfernt. Der Operateur berichtete in der Société anatomique de Paris darüber. Der Erfolg der Operation war ein günstiger.

Von pathologischen Standpunkte aus betrachtet überliefert Schultz-Schultzenstein einen Fall von intraligamentärem Myom bei gleichzeitigem Vorhandensein zweier Ovarien.

Aus der Anamnese ist zu bemerken: Bei einer 70 jährigen Multipara war im Laufe eines Jahres ein abdominaler Tumor bis zu einem Gewicht von 2,5 kg.

gewachsen. Anfangs machte er keine Beschwerden und später solche mässigen Grades. Die Bauchdecken waren so schlaff, dass man den grossen Tumor durch dieselben durchsehen konnte. Bei der bimanuellen Untersuchung wurde das linke Ovarium isoliert vom Uterus getastet. Die klinische Diagnose war nicht beigefügt.

Aus dem Sektionsprotokoll entnehme ich folgendes: Der Uterus und die Tuben sind ohne Besonderheiten. Im fundus sitzt ein kleines Fibromyom. Die lig. rotunda sind beiderseits normal. Beide Ovarien sind normal vorhanden. Der Tumor liegt im lig. lat. sinistr. Er setzt sich aus einem unteren 18 ctm. langen 11 ctm. hohen 9 ctm. dicken und einem oberen 19 ctm. hohen 11 ctm. langen 13 ctm. dicken Knollenpacket zusammen. Die microscopische Untersuchung zeigte Spindelzellen, die teils eine sehr deutliche, teils eine etwas weniger scharf ausgesprochene Richtung in verschiedenen Bündeln, in denen sie sich kreuzten, hatten. Ausserdem sind die Präparate in wellenförmigen Zügen von Zellen durchsetzt, welche sehr lange schmale, scharf gezeichnete Kerne haben mit einem ebenfalls schmalen Zellleib. Es handelte sich also um ein Myosarcoma.

Schultz-Schultzenstein sagte: „Einen Fall, bei dem man wie hier eine Vollgeschwulst nicht anders, als aus einem dritten Ovarium entstanden deuten muss, habe ich in der Litteratur nicht auffinden können.“ (Auf die nähere Besprechung komme ich in dem Résumé zurück.)

Macleau und Gow demonstrierten jeder ein Myom des lig. lat. ohne nähere Angaben, nur bemerkt der letztere Verfasser, dass in seinem Falle ein doppelter Uterus vorlag.

Auf einer im Jahre 1899 abgehaltenen Versammlung der belgischen Gesellschaft für Gynaekol. und Geburtshilfe zu Brüssel spricht Godart über zwei von ihm beobachtete Tumoren.

Ein 27jähriges Fräulein klagte seit 5 Jahren über Verstärkung ihrer Perioden und zu lange Dauer (8 Tage). In den Interwallen blutete Pat. nicht. Eben zu derselben Zeit bemerkte Pat. in der rechten Seite des Unterleibes einen Tumor, der im letzten Jahre beträchlich an Volumen zugenommen hatte. Schmerzen waren niemals vorhanden und zog Pat. deshalb keinen Arzt zu Rate. Erst cca. 6 Monate vor der Operation traten in der ganzen rechten Hälfte des Unterleibes und im rechten Bein ziehende Schmerzen ein. Oedeme und Circulationstörungen liessen sich nicht nachweisen.

Status: Das rechte Becken wurde von einem Tumor ausgefüllt, der etwa 4 Finger breit nach links die Medianlinie überragt. Nach oben bis zur Hälfte der Nabelhöhe reichend, sitzt er unbeweglich im Beckengewebe. Bei der vaginalen Exploration konnte man sofort eine abgerundete harte Masse, wie den Kopf eines foetus erkennen. Dieselbe nahm das ganze Becken ein und nur schwierig gelang es dem tastenden Finger zwischen Tumor und Schambein einzudringen. Er fühlte daselbst etwa in der Hälfte der Symphyse das sehr kleine Colum uteri, welches sich nach vorne und links in den oblongen Uteruskörper fortsetzte. Der Uterus war dem Tumor völlig adhaerent.

Die Diagnose wurde richtig auf „Rechtsseitiges Fibrom des lig. lat.“ gestellt.

Laparatomie: Der sich praesentierende Tumor wurde unschwer in die Bauchwunde gezogen. Man sah, dass die rechte Tube in einer Länge von 15 ctm. über die vordere obere Fläche des Tumors hinweglief. Das lig. lat. wird incidiert und vorne und hinten vorgezogen, so dass der nun sichtbare Tumor entfernt werden kann. Die Blutung ist dabei mässig. Die rechten Adnexe werden ihres schlechten Aussehens wegen reseciert und die lig. lat. dh. die Blätter so aneinandergelegt, dass die grosse Wundhöhle ganz verschwand. Eine Drainage

wurde nicht ausgführt. Der Uterus wird in normale Lage gebracht durch Verkürzung der lig. rotunda.

Die Heilung vollzog sich glatt und verrichtete die Pat. später anstrengende Arbeit ohne Schmerzen. Der Tatbestand, der einige Jahre später erhoben wurde, ergab den Uterus in Anteversio flexio schwebend nicht schmerzhaft. In der Seite wo das Fibrom sass waren keine Abnormitäten zu fühlen. Die lk. Adnexe sind normal.

In der Gasette hébdom. de médécine et de chirurgie beschreibt Lanelongue kurz einen Fall von einer 44jährigen Pat. Dieselbe klagte über plötzlich aufgetretene Schmerzen im Unterleibe und starken Ascites. Die Palpation liess einen Tumor des linken Ovariums konstatieren. Nach der Exstirpation des bedeutend vergrösserten carcinomatösen Ovarium fand man in dem schon carcinomatös entarteten rechten lig. lat. ein Myom, das nebst dem lig. lat. entfernt wurde.

Der englische Operateur Brewis exstirpierte ein 15 Pfund schweres Myom mit dem Uterus und drainierte die Wundhöhle nach der Scheide zu. Er besprach diesen Fall in der Brit. med. Journal und schloss aus seinen Beobachtungen, dass Myome des lig. lat. vor dem 35. Jahre nicht vorgekommen seien. Dieser Ansicht tritt Alban Doran, ebenfalls ein Engländer, entgegen und sagt wötlich: In a recent contribution to the Obstetrical Society of London based on a case where J removed a tumour of this kind over 44 lbs. in weight, with successfull result, J was able to state that: no fewer than 6 out of the 34 patients [out of 39 cases of fibroids of the broad ligaments which J tabulated no age was given in 5 cases] were under 30 years or 17,6 p. cent, a portion for larger than in the case of Uterus fibroids.. In my own case the heaviest broad ligament tumour or record, the patient was not 23 years when it was first detected.“ Verfasser erwähnte

ferner, dass ihn Dr. Herbert Spencer in seiner Ansicht unterstütze durch die Worte: „this affection is rather more frequent in youth that was suspected“, und weiterhin glaubt er, dass in dem Fall von Dr. Box all was some doubt about this essential point (23jähriges Mädchen mit abdom. Tumor).

Doran stellte also als Resultat die Worte auf: The knowledge that intraligamentary fibroids are relatively frequent in youth is an important factor in diagnosis, as a growth of this kind should be removed when recognised, whilst most uterine fibroids allow at the worst of a little wateching. J know from some experience that the most careful palpation and the youth of the sound cannot always enable us to distinguish accurately between the two discases in question“.

Aus der Gynaek. Universitäts-Klinik Helsingfors teilte uns Dr. Limmel folgende Fälle mit.

Pat. 35 Jahre alt, Nullipara. Seit zwei Jahren bestanden unregelmässige Menses, die stets mit Schmerzen verbunden waren. Zugleich bemerkte Pat. in dem unteren linken Teile des Leibes eine Anschwellung mit einem festen Tumor, der anfangs hühnereigross, langsam aber beständig wuchs. Der Tumor war schmerzhaft, der Allgemeinzustand gut.

Status: Gut gebaute und ernährte Frau. Im Unterleibe ist ein Tumor zu palpieren der von der Symphyse bis 3 Querfinger oberhalb derselben sich erstreckt. Das vordere Scheidengewölbe wurde von dem faustgrossen harten Tumor herabgedrückt. Das Corpus uteri war dextroponiert, die Sondenlänge war 8 ctm.

Diagnose: Kystoma ovarii.

Operation: Eröffnung des Abdomens mit kurzem Bauchschnitt. Im linken lig. lat. sitzt die faustgrosse Geschwulst dem Ovarium und den fimbrien adhaerent. Der Tumor wurde leicht exstirpiert, sein Gewicht betrug 250 gr. Heilung p. primam.

Das microscopische Bild war: Man sah unzählig viele kleine runde Zellen ohne regelmässige Anordnung in einem Stroma losen Bindegewebes gelegen. In den festen Teilen waren reichlich spindelförmige Zellen und Blutgefässe, so dass die Diagnose auf: „Fibrosarcoma lig. lati“ lautete.

Der zweite Fall von Limmel betraf eine 51jährige Frau, die 9 schwere Geburten durchgemacht hatte. Seit 5 Jahren beobachtete man einen länglichen quer verlaufenden ca. 20 ctm. langen Tumor im Unterleib. Sie hatte keine Beschwerden, ihr Allgemeinbefinden war gut.

Status: Körperzustand gut. In dem unteren Teile des Bauches wurde ein elastischer etwas weicher und unregelmässiger Tumor palpiert, der von der Symphyse bis 4 Querfinger unter den Nabel, und nach den Seiten bis 2 Querfinger breit von den Spx. p. ill. a. a. s. s. erstreckte. Der Schall darüber war überall gedämpft. Das hintere rechte Scheidengewölbe war nach unten gedrückt von dem Segment des Tumor, der das Corpus Uteri nach lks. aufwärts drückte.

Diagnose: Ovarialtumor.

Laparatomie: Der Tumor wurde im lig. lat. gefunden. Ovarium und Tube waren frei. Das vordere Blatt des lig. lat. wurde aufgeschnitten und der Tumor ausgeschält. Nach Stillung der starken Blutung konnte die Bauchhöhle geschlossen werden. Der Tumor war 2 faustgross solide und wog 2 kg. Oberfläche und Innenseite waren graublass. Microscopisch ist auch er ein Fibrosarcom.

Das Centralblatt für Gynaekologie vom Jahre 1900 referiert über 2 weitere Fälle von Tumoren des lig. lat.

v. Mars exstirpierte einen wurstförmigen Tumor von 24 ctm. Länge und 19 ctm Breite. Es bestand kein Zusammenhang mit Uterus oder Adnexe. Glatte Heilung.

Jakobs berichtete über einen fibromatösen Genitalapparat bei einer 52 jährigen Nullipara und Virgo.

Früher stets gesund gewesen, seit 2 Jahren in der Menopause. Plötzlich zeigten sich Erscheinungen von Peritonitis. Die Untersuchung findet einen Tumor, der das kleine Becken und einen Teil des Abdomen einnimmt. Er ist wenig beweglich hart und ziemlich schmerzhaft.

Diagnose: Uterusfibrom. Nach Eröffnung des Abdomens zeigten sich 3 Fibrome. Eines des Ovarium. Dessen Stiel hatte sich 3 mal gedreht, war nekrotisch geworden und hatte so die Peritonitis hervorgerufen. Das zweite cca. mandarinengross sass in der hinteren Wand des Uterus und mehrere kleinere interstitiell. Das dritte, grösste Fibrom sass im lig. lat. dext. Letzteres wurde enucleiert und daran die Totalexstirpation angeschlossen. Die Adnexe waren normal.

In einer Arbeit über desmoide Geschwülste der breiten Mutterbänder vermehrt Fuchs die frühere Casuistik um 7 Fälle, die zur Vollständigkeit meiner Litteratur hier auch angeführt sein mögen.

Anamnese: Nullipara 36 J. alt bemerkte seit dreiviertel Jahren Zunahme ihres Abdomens mit Verschlechterung ihres Allgemeinbefindens.

Status: Mässig guter Ernährungszustand, anaemisches Aussehen. Das Abdomen wurde eingenommen von einem festen soliden Tumor, der mässig beweglich von regelmässig ovaler Form ist, oben beinahe den Rippenbogen erreicht und links auf ein Finger breit, rechts auf 2 der sp. il. ant. sup. nahe kommt. Der grösste Leibesumfang betrug 80 ctm. Vaginal fühlte man den Tumor, der mit flacher Wölbung in den Beckeneingang hinabreicht. Der Uterus war schwach recliniert und lag links. Die linke Kante der Gebärmutter war in ihrer ganzen Länge zu tasten, die rechte dagegen nur im unteren Teile.

Laparatomie: Der Tumor ist in den Bauchdecken nicht adhaerend. Die hinter ihn geführte Hand kann

denselben leicht entwickeln, wobei es sich herausstellt, dass Uterus und Ovarien ausser Verbindung mit dem Tumor stehen. Unter mässiger Blutung wurde das hintere Blatt vom Tumor gelöst, bis der letztere mit der vorderen Lamelle des lig. lat. alleine noch in Verbindung stand und ganz aus der Bauchhöhle herausgehoben werden konnte. Die Peritonealwunde wurde geschlossen und mit dem weiteren Vorrücken der Naht wurde schliesslich auch die vordere Lamelle des lig. lat durchtrennt und somit der Tumor vollends ausgelöst. Der Tumor war ein ziemlich weiches fluctuierendes Fibromyom mit Oedemlücken und Erweichungsherden. Er war 16 ctm. lang und 10 ctm. breit.

Patientin wurde 6 Wochen nach der Operation geheilt entlassen.

Eine sonst stets gesunde 42 jährige I para empfand 1 Jahr vor der Operation zum ersten Male Schmerzen im Leibe besonders links und seit dreiviertel Jahren merkte sie, dass der Leib an Umfang zunahm. Das Körpergewicht sank, die untere Extremität wurde schmerzhaft und geschwollen. Man konnte bei der anaemischen Pat. ein stark ausgedehntes Abdomen mit 97,5 ctm. Umfang konstatieren. Der Tumor buckelte die Bauchwand stark vor, war wenig beweglich fluctuierte nicht und reichte nach oben bis ins Epigastrium und nach den Seiten bis zu den Axillarlinien.

Innerliche Untersuchung: Hinter dem linken horizontalen Schambeinast lag das vergrösserte Corpus Uteri in senkrechter Richtung gegen den Tumor gut verschiebbar und in seiner ganzen Ausdehnung gut abtastbar. Rechts trat deutlich als scharfrandige Falte fühlbar das lig. lat. nach rechts aufsteigend an die Geschwulst heran. Letztere ragte mit einem kleinfaust grossen konischen Fortsatz in das kleine Becken hinein.

Diagnose: Kystoma multilocul. Ovar. dextr. mit intraligamentärer Entwickelung.

Operation: Nach Eröffnung des Peritonaeum erschien ein knolliger Tumor, der fleischfarben, blass aussah, und von Serosa überzogen war. Rechts oben seitlich am Tumor lag die stark verlängerte Tube. Das Ovarium war in situ — O. B. Die Geschwulst sass im lig. lat. und hatte links unten zahlreiche Adhaesionen mit der flexura sigmoidea bezw. ihrem Messocolon. Das Peritonaeum auf dem Tumor wurde aufgerissen und der Tumor ausgeschält. Jeder Knoten musste für sich enucleiert werden, da die bedeckende Serosa zwischen die einzelnen Geschwulstelemente tief eindrang. Nach Entfernung der Geschwulst findet sich im Peritonaeum eine handteller grosse Wunde, die genäht wurde. Hierauf konnte die Bauchwunde geschlossen werden.

Die Diagnose lautete jetzt: Fibrom d. lig. lat. mit Erweichungsherden.

Pat. wurde geheilt entlassen.

Pat. 40 J. alt, Nullipara, stets gesund. Seit zwei Jahren bemerkte sie eine Zunahme des Leibes und hatte das Gefühl der Völle in demselben. Schmerzen bestanden keine.

Status: Das Abdomen ist gleichmässig und stark aufgetrieben. Der grösste Umfang beträgt 94 ctm. Der untere Teil des Abdomen wurde von einem Tumor eingenommen, der aus dem Becken hervorstieg. Er hatte cca. Mannskopfgrösse und war anscheinend gleichmässig rund. Seine Oberfläche war glatt, die Consistenz weich. Die Percussion ergab leeren Schall, die Fluctuation war positiv. Aus der Vagina ging ziemlich stark Blut ab. Der Tumor ragte mit flacher Wölbung mässig tief ins Becken hinein.

Laparatomie: 75 ctm. lange Incision in der linea alba. Der Tumor ist vom Peritonaeum bedeckt. Das Bauchfell schlägt sich von hinten und rechts breit auf den Tumor über. Letzterer wird mit Muzeux gelöst bis auf einen schmalen Abschnitt des sonst entfalteten

lig. lat. sin. Derselbe wird breit umstochen und durchtrennt. Eine Verbindung mit dem Uterus bestand nicht. Die Ausschälung erfolgte unter mässiger Blutung, die durch Jodoformgasetamponade gestillt wird. Hierauf wurde das Peritonaeum des Geschwulstbettes — nach Resection des überschüssigen lig. lat. inclusive Adnexen — vernäht, und die Bauchwunde mit Ausnahme des unteren Wundwinkels, der zwecks Drainaige offen bleibt, geschlossen. Der Tumor wog 4530 gr. und war ein fibroma lymphangiectodes des rechten lig. lat. Pat. wurde 4 Wochen post operat. geheilt entlassen.

Der nächste Fall betraf eine 51jährige XII. Gebärende, die früher stets gesund war. Seit $^5/_4$ Jahren befindet sich die Frau in der Menopause. Schon im 44. Lebensjahre klagte Pat. über ständige leichte Schmerzen im linken Hypogastrium und im Rücken, die sich seit einem Jahr wesentlich verstärkt hatten. Insbesondere ist es das unangenehme Gefühl der Völle im Leibe, was Pat. quält.

Der Befund war folgender: Gesund aussehende Pat. mit gutem Fettpolster und Muskulatur. Herz und Lunge sind normal. Das Abdomen zeigte keine abnormen Resistenzen, etwas Meteorismus, beiderseits ziemlich starke Druckempfindlichkeit in der Gegend der Leistenringe. Der nicht vergrösserte Uterus liegt vorne rechts. Links von ihm vor der articulatio sarco-iliaca ist ein etwa citronengrosser, derber, runder, wenig empfindlicher Tumor zu tasten, der gut beweglich ist.

Laparatomie: Bauchschnitt 15 ctm. lang. Die eingehende Hand fand den getasteten Tumor. Mit Entgegenheben von der Scheide aus gelang es, nachdem der Uterus am linken Tubenwinkel gefasst war, den Tumor zu Gesicht zu bringen. Er sass vollkommen im lig. lat. Das hintere Blatt des lig. lat. wurde incidiert und der Tumor ausgeschält. Die Blutung aus der Wundhöhle war mässig zu nennen und durch Nähte

leicht zu stillen. Hierauf wurde die Bauchwunde durch 5 fache Etagennaht geschlossen. Der Tumor war ein Fibromyom. Die Entlassung der Pat. fand 3 Wochen nach der Operation statt.

Der jetzt zu schildernde Fall war deshalb von grosser Wichtigkeit, weil der vorhandene Tumor ein Geburtshindernis darstellte.

Pat. 43 Jahre alt V. para. 2 Kinder kamen spontan, bei 2 wurde die Zange angelegt. Während der V. Gravidität hatte Patientin sehr viele Schmerzen, besonders bei der Defäcation. Bei der Geburt ereignete sich folgendes:

Wehen kräftig, Kind in II. Schädellage. Im hinteren Beckenraum vorwiegend r. lag ein 2 faustgrosser Tumor, der im ganzen weich war und teilweise Flüssigkeit enthielt. Die Reposition desselben gelang nach wiederholten Versuchen erst, so dass nur ein kleines Segment r. hinten am Kreuzbeinflügel in der Höhe des Beckeneinganges verblieb. Die Wendung war wegen Umschnürung der Frucht durch den Uterus unausführbar und so wurde die Perforation und Extraction ausgeführt.

$^1/_4$ Jahr p. part. wurde wieder untersucht. Der Tumor füllte grösstenteils das Becken aus und überragte um 3 fingerbreit rechts die vordere Beckenwand. Der Uterus lag links ohne Verbindung mit dem Tumor. Das Wohlbefinden ist befriedigend, so dass Pat. eine Operation ablehnte.

2 $^1/_4$ Jahr später. Pat. musste wegen Senkungsbeschwerden die Klinik aufsuchen. Die Geschwulst war wieder gewachsen, die Periode war unregelmässig geworden, Körperkräfte und Gewicht hatten abgenommen. Das Abdomen schien durch einen voluminösen Tumor stark ausgedehnt, der Leibesumfang betrug 90,5 ctm. An einen rechts gelegenen mannskopfgrossen Tumor schloss sich nach links ein zweiter von 2 faustgrösse an. Nach oben reichten dieselben bis zum Rippenbogen nach

unten bis ins Becken und nach aussen bis zur mittleren Axillarlinie. Der Percussionsschall war leer. Vor dem Tumor lag der nicht vergrösserte Uterus, der in toto aus dem kleinen Becken herausgehoben war. In den hinteren Beckenraum ragte namentlich r. der Tumor mit einem flachen Segment hinein.

Laparatomie: Schnitt in der Medianlinie. Hinter dem sich zeigenden Uterus lag der Tumor mit Peritonaeum bedeckt. Am Beckeneingang schlug sich das Periton. von allen Seiten auf den Tumor um. Dieses wurde gespalten und unter Zug der Tumor allmählig entwickelt. Die ziemlich starke Blutung im tiefen Wundraum wurde durch Umstechungen zum Stehen gebracht. Nach Vernähung des Wundbettes ist die Operation beendet und die Bauchwunde geschlossen worden. Der Tumor wog 3810 gr. und war ein Cystomyoma lymphangiectodes; das Microscop zeigte Bindegewebs- und Muskelfibrillen.

Die Heilung erfolgte unter einer Exsudatbildung im rechten Hypogastrium, das aber bald resorbiert wurde. Pat. konnte geheilt entlassen werden und lebte noch 7 Jahre ohne Beschwerden.

Das vorletzte Krankheitsbild betrifft ein 33 Jahre altes Fräulein (Nullipara). Sie bemerkte seit einem Jahr eine Anschwellung des Leibes. Die Beschwerden waren niemals erheblich, nur bestand das lästige Gefühl der Völle im Leibe.

Status: Pat. war sehr anaemisch und mager. Das Abdomen war gleichmässig und prall aufgetrieben. Man fühlte über der Symphyse eine bis zum Rippenbogen reichende Geschwulst, die eine glatte Oberfläche hatte und mit einem grossen Segment bis ins kleine Becken ragte. Der Uterus war nicht deutlich vom Tumor zu trennen. Der grösste Umfang des Leibes betrug 83 ctm.

Laparatomie: Nach der Incision zeigte sich der nur wenig vergrösserte Uterus eleviert und an die linke

seitliche Beckenwand gedrängt. Rechts, ihm breit anliegend, präsentirt sich ein 2 mannskopfgrosser vom Perit. des lig. lat. überzogener derber Tumor. Nach Spaltung des Perit. wurde der Tumor in toto ausgelöst wobei zahlreiche Gefässe unterbunden werden mussten. Die grosse Wundhöhle wurde nach der Scheide zu drainiert und darüber das Perit. vernäht und dann schichtweise die Bauchdecken geschlossen. Der Tumor war ein Myom und wog 5 kg. Es fanden sich reichlich erweiterte Gefäse und venöse Höhlräume an ihm.

Die Bauchwunde heilte glatt. Die Reconvalescenz wurde aber durch ein Exsudat im rechten Hypogastrium verzögert. Letzteres flachte sich unter Belastung mit Sandsäcken und Schrotbeuteln ab, so dass Pat. 12 Wochen p. op. entlassen werden konnte.

Fuchs konnte fernerhin einen bei einer erst 29 J. alten I para aufgetretenen Tumor beobachten.

Pat. war früher regelmässig menstruiert, seit einem Jahre jedoch setzten die Menses aus. Gleichzeitig schwoll der Leib an, Pat. bekam Beschwerden beim Wasserlassen, die so stark wurden, dass Pat. nur auf der rechten Seite liegend urinieren konnte.

Status: Der Kräftezustand war leidlich. Der Leib war kugelig vorgewölbt durch einen Tumor. Über demselben war der Schall absolut gedämpft. Die Geschwulst war hart und gut beweglich und wies mehrere Höcker und Knollen auf. Es bestand keine Fluctuation. Im Douglas fühlte man einen faustgrossen Tumor, der mit dem oben erwähnten Tumor anscheinend in Verbindung stand.

Operation: Es zeigte sich nach Eröffnung des Perit. ein mannskopfgrosser Tumor, der gestielt dem lig. lat. aufsass. Auch der per vaginam gefühlte kleinere Tumor stand mit dem lig. lat. in Verbindung. Der Uterus war frei. Die Tumoren wurden exstirpiert und die Wundhöhle nach der Vagina zu drainiert. Während

der Operation flossen aus dem Abdomen ca. 3 Ltr. brauner Flüssigkeit ab. Die Heilung erfolgte so gut, dass Pat. 4 Wochen später nach Wiedereintritt der Menses entlassen werden konnte.

Der Tumor war ein Fibromyom.

Im Jahre 1901 bereichert Polloson in Lyon die Litteratur um einen weiteren Fall.

Pat. 35 Jahre alt, war stets regelmässig menstruiert und ist seit 10 Jahren steril verheiratet. Seit 5 Jahren bestanden Schmerzen im Becken.

Befund: Pat. ist mittelgross und in leidlich gutem Ernährungszustande. Das Abdomen ist vorgewölbt. Über der Symphyse ist ein Tumor fühlbar, der hinunter ins Becken reicht, dieses beinahe ausfüllend und den Douglas bis zum Perineum herabdrängend. Das hintere Scheidengewölbe war verschwunden und in dem stark ausgezogenen vorderen befand sich der Muttermund. Die Beziehungen des Uterus und der Ovarien zum Tumor waren nicht genau festzulegen.

Operation: Nach eröffnetem Abdomen fiel zunächst die hoch hinaufgezogene Blase störend auf. Der Tumor sass ganz im lig. latum, deshalb wird das Peritonaeum gespalten, der Tumor herausgeklaubt, die Höhle nach der Scheide drainiert und das Perit. wieder geschlossen. Der Uterus fand sich nach r. dislociert mit Därmen verwachsen und ohne Zusammenhang mit dem Tumor. Die Heilung erfolgte glatt.

Das Journal de Chiurg et annal de la soz. Belge de Chirurgie Brüssel, bringt einen Fall von A. Délétrez.

Die 42 jährige unverheiratete 0 para bemerkte seit 3 Monaten eine Zunahme des Leibes, Schmerzen in der r. Seite und dem r. Bein. Stuhl- und Harnentleerung waren erschwert.

Befund: Im Abdomen, das stark vorgewölbt war, fühlte man einen harten wenig beweglichen bis über den Nabel reichenden Tumor, rechts von der Mittellinie,

der auch das r. Scheidengewölbe herabgedrängt hatte. Laparatomie: Leichte Entfernung des intraligamentär sitzenden 2500 gr. schweren Fibromes. Heilung glatt. Es bestand kein Zusammenhang mit dem Uterus oder den Ovarien.

Unter pathologischen Gesichtspunkten giebt W Freund in seiner Diss. vom Jahre 1902 die Beschreibung eines Fibromyomes des breiten Mutterbandes.

Der Fall war in der Freiburger Gynaekolog. Klinik zur Aufnahme gekommen, kam aber kurz darauf nach Exitus im patholog. Institute Freiburg zur Sektion.

Anamnestisch mag erwähnt sein, dass Pat. 44 Jahre alt war und 7 mal geboren hatte. Schon etwa seit dem 26. Lebensjahre fühlte Pat., dass ihr Leib angeschwollen war, was mit jedem Monat stärker wurde. Die Menses waren regelmässig geblieben. Plötzlich verschlimmerte sich das Krankheitsbild indem starke Schmerzen mit Erbrechen und Kurzatmigkeit auftraten, was die indolente Pat. endlich, aber zu spät, zwang die Klinik aufzusuchen.

Die Krankengeschichte berichtet. Enormer Fettreichtum. Das Abdomen ist stark aufgetrieben durch einen aus dem kleinen Becken aufsteigenden etwa mannskopfgrossen höckerigen Tumor. Der Puls ist irregulär 120, die Respiration 40 p. Minute und über beiden Lungen deutliche Dämpfung und Rasselgeräusche. Temp. 39.0. Der Schmerz wurde immer stärker, der Puls schlechter, so dass Narcotica und Campfer gereicht werden mussten. Unter steigendem Puls und Atemfrequenz tritt der Exitus ein. (Puls 160, Atmg. 58).

Die Sektion ergab eine eitrige Peritonitis. Die ganze rechte Beckenhälfte war von einem Tumor eingenommen, der eine kugelige Oberfläche aber keine Fluctuation zeigte. Uterus, Ovarien, Parovarien und Tuben frei. O. B.

Das Gewebe des Tumor, der im lig. lat. dextr. entwickelt war, bestand aus fester Consistenz, hatte streifiges

Aussehen und zeigte mehrere Höhlen von verschiedener Grösse. Die Masse waren 14 : 12 : 12. Microscopisch konnte die Dignose Myofibrom gestellt werden.

W. Kaström schreibt von einem 31 jährigen Bauernmädchen, das früher stets gesund und vom 15. Jahre an regelmässig menstruiert war. Mit dem 30. Lebensjahre begann der Leib immer dicker und stärker zu werden ohne jegliche Schmerzen und Allgemeinstörungen.

Status: Abdomen war stark ausgedehnt und gespannt und wurde zum grössten Teil von einer mehr links liegenden sehr harten Geschwulst eingenommen. Der grösste Umfang betrug 81 ctm. Der Uterus ist klein, anteflectiert, beweglich und schien nicht mit dem Tumor in Zusammenhang zu stehen. Das aufgeblasene Colon descendens liegt lateral vom Tumor.

Diagnose: Wahrscheinlich retroperitonaealer Tumor ev. Myom d. lig. lat.

Operation: Eröffnung in der Mittellinie. Der Tumor lag retroperitoneal hauptsächlich nach links von der radix messenterii. Eine Dünndarmschlinge war dem Tumor so adhaerent, dass sie reseciert werden musste. Die Exstirpation des Tumors wurde ausgeführt und die Darmenden wieder vereinigt mit dem Murphyknopf. Die Operation dauerte 2 h. 20 Min. in Aethernarcose. Der Verlauf war günstig. 8 Tage nach der Operation ging der Murphyknopf ab. Die Geschwulst wog 8 kg. und war ein Fibromyom des breiten Mutterbandes.

Auf einer Vereinigung der Breslauer Ärzte am 19. II. 1903 demonstrierte Herr Schiffer ein Myom des lig. lat. Es sass zwischen den beiden Blättern und war durch eine 2 Querfinger breite Zone vom Uterus getrennt ohne direkten Zusammenhang mit diesem oder den Ovarien.

Bei derselben Angelegenheit demonstrierte Herr Robert Cohn ein Riesenmyom des lig. lat. Der Kollossal-

tumor füllte das ganze Becken aus, reichte bis zum Rippenbogen, z. T. solide Knollen, z. T. grosse flüssigkeit erfüllte Hohlräume bildend. Das dazu gehörende Ovarium sitzt gesondert auf. Dem mitentfernten Uterus liegt der Tumor nahe an ohne organische Verbindung mit ihm zu haben. Durch Laparatomie: Exstirpation des Tumors und Uterus und einseitige Adnexe. Keine Drainage, glatte Heilung.

Ebenfalls auf einer Versammlung der Geburtsh. und Gynaekologen zu Berlin demonstriert K. Amann ein von Strasmann mittelst Pfannenstiels'schen Schnittes aus dem lig. lat. exstirpiertes billardkugelgrosses Fibrom. Es stand dasselbe weder mit dem Uterus noch mit dem normalen Ovarium zusammen und zählte gewiss zu den hier zu betrachtenden primären Tumoren der lig. lata.

Dem Journal of americ. Assoc. entnehme ich folgenden Fall.

35 jährige Frau leidet seit 2 Jahren an Übelkeit und Erbrechen. 11 Monate vor der Operation bemerkte sie eine Geschwulst im Leibe und gleichzeitig setzte eine starke Abmagerung mit hartnäckiger Obstipation ein.

Befund: Das Abdomen war durch einen grossen Tumor der rechten Bauchseite stark vorgewölbt, bei der Percussion von der Leberdämpfung abgrenzbar, mit der Respiration nicht verschieblich, anscheinend fluctuierend.

Laparatomie: Das 9 Pfd. schwere Fibromyom wurde samt der r. Niere und dem r. Ureter exstirpiert und die entstandene Wundhöhle von hinten nach Vernähung des vorderen Perit. pariet und der Bauchdecken drainiert. Der Tumor war ausgegangen vom Bindegewebe und Fett des rechten lig. latum.

Daselbst finde ich einen anderen Fall. 47 jährige Frau klagte seit 6 Jahren über Völle im Leibe, Obstipation und Atembeschwerden.

Laparatomie: Der Tumor ging vom rechten lig. lat. aus und wog 20 Pfd.

Pat. starb nach der Operation infolge Blutverlustes. Der Tumor war ebenfalls ein Fibromyom.

Pulvermacher schreibt über primäre Sarkome des Beckenbindegewebes spec. d. lig. lat.

Seine Pat. war über 36 Jahre alt, klagte über Völle im Leibe, Druckschmerz, unregelmässige Harn- und Stuhlentleerung und Kräfteverlust.

Pat. hatte einen grossen Beckentumor, der per Laparatomie entfernt als Sarkom d. lig. lat. erkannt wurde. Zunächst trat Heilung ein, jedoch 5 Monate später brachten zahlreiche Metastasen der Pat. den Tod. Der Tumor ist primär vom lig. lat. dextr. ausgegangen und präsentierte sich microscopisch als grosszelliges Spindelzellensarkom.

Die letzte hier einschlagende Litteraturangabe giebt mir die Wiener kl. Wochenschrift 1905.

Burkard beschreibt darin 2 in der Grazer Frauenklinik beobachtete und operierte Fälle, die hier angeführt sein mögen.

Anamnese: Pat. klagte über wenig oder keine Beschwerden. Seit ca. 14 Jahren hat Pat. in der r. Unterbauchgegend eine Geschwulst, die langsam aber stetig wuchs. Seit einigen Jahren bestanden Schmerzen in der r. Unterleibsgegend. Im Jahre 1903 entleerten sich plötzlich reichliche Mengen dunkel gefärbten mit Blutgerinnseln vermengten Harnes. Das Abdomen sank darauf rasch ein, nahm aber bald wieder an Umfang zu und bald fand eine ähnliche Entleerung statt wie zuvor. Von den Lendenschmerzen abgesehen waren keinerlei subjektive Beschwerden vorhanden, jedoch nahmen die Kräfte rasch ab. Pat. hatte 12 mal ohne Kunsthilfe geboren und war seit einem Jahr in der Menopause.

Aus dem Befunde ist erwähnenswert: Mittelgrosse abgemagerte Frau, fieberlos. Lymphdrüsen nicht vergrössert. Herz, Lunge, Leber O. B.

Das Abdomen ist über das Thoraxniveau vorgewölbt. Rechts unten befand sich die stärkste Prominenz. Ebenda war palpatorisch ein kindskopfgrosser glatter Tumor nachzuweisen, der hart, unempfindlich und gut beweglich erschien.

Das Corpus uteri war retroflectiert, beweglich und durch den Tumor, der mit seinem unteren Pol ins kleine Becken hineinragte, nach links verdrängt.

Diagnose: Rechtsseitiger solider Ovarialtumor.

Operation: Bibbroth Narcose. Längsschnitt am r. Rectusrand bis 2 Querfinger unterhalb des Rippenbogen. Es präsentiert sich ein längsovaler 2 faustgrosser der r. Darmbeinschaufel aufliegender Tumor von derb harter Consistenz. Der untere Pol entsprach dem lig. inf. pelvic. und hatte sich der Tumor im lig. lat. entwickelt. Er liess sich leicht stumpf ausschälen und sein Bett durch tiefgreifende Nähte schliessen.

Uterus und Ovarien waren frei. Der Tumor war ein Fibromyom d. lig. lat.

Verlauf: Fieberfreie Heilung.

Der 2te von Burkard beschriebene Fall betrifft eine 47 Jahre alte Frau, II para.

Seit 1 Jahr begannen die Beine anzuschwellen und das Abdomen an Umfang zuzunehmen aber ohne schwere subjektive Beschwerden zu verursachen. Erst nach und nach stellten sich Gefühle von Schwere, Abwärtsdrängen und Völle im Unterleib ein, und die Urinentleerung war schmerzhaft.

Befund: Mittelgrosse cachectische Frau ohne Fieber. Cor, Pulmo etc. O. B.

Im Harn Spuren von Eiweiss. Das Abdomen ist gleichmässig halbkugelig gewölbt, die erweiterten Venae epigastricae extr. traten deutlich hervor. Eine harte unbewegliche unempfindliche Geschwulst von ziemlich glatter Oberfläche, die bis nahe an den proc. enciform. reichte, nahm den grössten Teil der Bauchhöhle ein.

Per vaginam konnte man den unteren Pol des Tumor vom hinteren Scheidengewölbe aus tasten.

Diagnose: Fibromyoma uteri

Operation: Schnitt in d. Mittellinie. Es stellte sich der cca. 2 mannskopfgrosse Tumor ein, auf dessen Oberfläche zahlreiche, bis zu Daumendicke, Blutgefässe prall gefüllt zu sehen sind. Hinter dem intakten Uterus gelegen, drängte der im lig. lat. gelegene Tumor den ersteren nach rechts und war durch leichte Adhaesionen mit ihm verbunden, doch bestand kein solider Zusammenhang zwischen Uterus und Tumor. Das lig. infundib. pelv. wurde durchtrennt und der Tumor mobilisiert. Der untere Pol hing im Douglas wo auch Darmschlingen adhaerierten. Der peritoneale Ueberzug wurde gespalten und der Tumor ausgeschält. Nach Durchtrennung der Parametrien und der art. uterina vollendete die supravaginale Amputatio uteri die Exstirpation des Tumor.

Die Heilung verlief ohne Störung. Der Tumor wog 8 kg., sein grösster Umfang betrug 80 ctm. Die linke Tube war bis auf 20 ctm. in die Länge gezogen; das Gewebe des Tumors erwiess sich als Fibromyom.

Eigene Beobachtung.

Am 14. Dez. 1897 kam unsere damals 57 Jahre alte Pat. L. A. zum 1. mal zur Behandlung auf die Gynaekologische Abteilung der Universitäts-Frauenklinik Freiburg. Aus der Anamnese und dem Status entnehme ich folgende Daten.

Pat. erblich nicht belastet, früher gesund, 1870 an Pocken erkrankt gewesen, VIII para. Der 1. partus fand mit 26 Jahren statt, das Kind kam spontan, die Placenta wurde manuell gelöst. Das 2., 4., 7. u. 8. Kind kamen ebenfalls spontan, beim 3. wurde eine Wendung ausgeführt mit nachfolgender Extraction, deren Indication Pat nicht anzugeben weiss. Die 5. Schwangerschaft

wurde frühzeitig unterbrochen, beim 6. partus lag Placenta praevia vor.

Beim Eintritt in die Klinik klagte Pat. über unregelmässige Blutungen. Dieselben schwankten beträchtlich im Intervall von 4—10 Wochen. Pat. wurde durch stetes Spannen und Drängen nach unten geplagt.

Der Genitalbefund war folgender: Der Damm ist lang und zeigt nach vorne eine Narbe, die bis in die fossa navicularis neben der Columna in die Scheide zieht. Der Introitus vaginae ist sehr weit; in demselben wölbt sich eine gut wallnussgrosse blassrote Schwellung vor. Die Portio ist kurz, massig und umfangreich und steht vor und über der linea interspinalis. Das Corpus uteri liegt nach hinten links vor der artic.-sacro-iliaca, fast gänseeigross ohne Ungleichheiten der Form.

Die Ovarien sind an normaler Stelle und O. B. Nach der Colporaphie und Untersuchung der Uterusschleimhaut, die nur eine leichte Atrophie ergab, konnte Pat. wieder entlassen werden.

Die Wiederaufnahme fand am 7. Oktober 05 in derselben Klinik statt.

Pat. klagt über Schmerzen im Leibe, besonders links und nach der Mitte zu, seit dem Sommer desselben Jahres. Sie kann nicht mehr auf der rechten Seite liegen, da sie stets das Gefühl hat, als ob sich etwas lebendes im Leibe von links nach rechts bewege und von unten her die Rippen in die Höhe hebe. Die Kleider wurden der Pat. allmählich zu eng, weil sich der Leib stark und sehr rasch ausdehnte. Gleichzeitig mit dem Beginn dieser Beschwerden setzten Appetitlosigkeit und häufiges Erbrechen ein. Auch klagt Pat. seit kürzerer Zeit über häufiges Herzklopfen, Atemnot, Schwäche und Schwindelgefühl.

Die Harnentleerung geht ohne Beschwerden, der Stuhl ist stets seit Beginn der Erkrankung in der Entleerung erschwert.

Insbesondere in den letzten 3 Wochen vor der Aufnahme ist der Leib rapide dicker geworden und haben sich damit die Beschwenden gehäuft.

Allgemeinstatus: Mittelgrosse Pat. in gutem Ernährungszustande, mit reichlicher Adipositas, kräftigem Knochenbau und guter Muskulatur. Die sichtbaren Schleimhäute sind gut injiciert, die Reflexe normal erhalten. Der Thorax ist fassförmig, der Angulus Ludovici stark vorspringend. Man erhällt überall sonoren Schall und die Grenzen sind normal und gut verschieblich. Die Auskultation ergiebt vesiculäres Atmen. Nur hinten unten ist es etwas schabend und verkürzt. Die Herzdämpfung hat auch normale Grenzen, der Spitzenstoss liegt im VI. Jc. R.; der Puls ist regelmässig, kräftig 100 Schläge in der Minute.

Der Leib ist stark vorgewölbt, in den unteren Partieen hängend, die Atembewegungen flach, Leber, Niere und Milz sind nicht palpabel. In der linken Seite des Abdomen kann man einen Tumor von über mannskopfgrösse und von harter Consistenz nachweisen. Derselbe setzt sich aus einzelnen knolligen Partieen zusammen, reicht bis zur Mittellinie, nach unten bis zur Symphyse, nach links oben bis zum Rippenbogen, seitlich bis zur Beckenschaufel, und ist beweglich. Über dem Tumor zeigt die ganze Partie des Abdomen absolute Dämpfung, während die abhängigen Teile keine Dämpfung geben. Der grösste Umfang des Leibes beträgt 115 ctm.

Genitalstatus: Die Mammae sind sehr fettreich, die Drüsensubstanz ist stark reduziert, die Warzen sind gut abgesetzt, blass. Inhalt lässt sich keiner entleeren.

Vulva: Die lab. majora sind sehr fettreich, die lab. minora atrophisch. Der Damm zeigt eine alte Narbe. Urethralmündung und Barthol. Drüsenausführungsgänge nicht entzündlich gerötet.

Die Vagina zeigt eine blassrote Schleimhaut, ist eng und man tastet in der Schleimhaut feine narbige Stränge.

Die Portio ist zapfenförmig und steht wenig hinter der Interspinallinie und leicht nach links verzogen. Das Corpus uteri liegt retroflectiert, seine Grösse kann nicht genau bestimmt werden. Er ist gut beweglich, seine Sondenlänge beträgt 5 ctm.

Tube und Ovarien sind nicht isoliert zu tasten.

Die Cystoscopie ergiebt keine Blasenveränderung. Die Schleimhaut ist vollkommen glatt, gelbgrau. Die Ureterenmündungen sind schlitzförmig, gut entrierbar.

Auf Grund des Befundes und der anamestischen Angaben wird die klinische Diagnose auf Carcinom des linken Ovarium gestellt und die Operation beschlossen.

Operationsbericht: Am 13. Okt. 05 erhält Pat. 10 h. a. m. und 10.30 h. a. m. je eine Spritze Scopolamin-Morphium d. h je 0,01 Morph. und 0,0003 Scopolamin worauf sie, in das Narcosenzimmer verbracht, bereits ruhig eingeschlafen ist. Die Narcose wird mit Aether und Chloroform angefangen und mit Aether allein weitergeführt.

Der Schnitt durchtrennt in der Mittellinie Haut, Fett, Fascie und Muskulatur. Einzelne Gefässe in dem sehr dicken Fettgewebe bluten stark und müssen unterstochen werden. Das Peritoneum ist stark injiciert. Nach Eröffnung desselben entleert sich eine geringe Menge Ascites und es präsentiert sich ein gut mannskopfgrosser Tumor, welcher aus mehreren Abteilungen besteht. Es werden zunächst einige Adhaesionsstränge durchschnitten. Nach oben hin ist die Flexura sigmoidea mit dem Tumor breit verwachsen, was zunächst zu lösen versucht wird. Zuvor wird aber noch der Bauchschnitt um den Nabel herum etwas verlängert. Bei genauer Adspection zeigt es sich nun, dass der Tumor durch das Messenterium der Flexura durchge-

wachsen ist und nach oben hinauf weitergeht. Die Flexur zieht breit über die Mitte des Tumor. Der Darm wird in der Mitte von dem Tumor abgelöst, mit 2 Darmklemmen gepackt und nach links und rechts abpräpariert. Indem immer weiter gegen das Messenterium vorgegangen wird, kann der Tumor allmählig gelöst werden. Nun wird auf die linke Seite übergegangen und der linke Ureter in der Höhe des zweiten Lendenwirbels freigelegt.

Nach Lösung des Tumor vom lig. infundibulo pelricum kann der Tumor aus dem lig. lat., in dem er sitzt exstirpiert werden.

Die Blutung ist mässig stark. Die abgeklemmten Partieen werden unterbunden und in das Wundbett des Messenterium ein Xerophormgazestreifen versenkt. Nun wird das seines Messenterium beraubte, Stück Flexur, das auf eine weite Strecke abgetrennt ist, wieder peritonisiert, so dass nur ein etwa 4 ctm. langes Stück Darm reseciert werden muss. Es werden jetzt nach links hin die gepackten Stellen des Messenterium unterstochen und so gut es geht peritonisiert. Der Xerophormgazestreifen wird entfernt; die Wunde erweist sich als gut trocken. Nachdem sich auch die Mitte des Wundbettes im Messenterium als völlig trocken erwiesen hat, wird es durch Catputknopfnähte sorgfältig vereinigt. Hierauf wird das Peritoneum in seinem oberen Teile geschlossen.

Der zuführende Teil des Darmes wird alsdann mit Seidenfäden an Peritoneum, Fascie und Haut der Mitte der Bauchwunde angenäht; dicht daneben wird das abführende Ende gelagert und fixiert, nachdem auch der untere Teil des Peritoneum durch fortlaufende Naht geschlossen ist. Dann werden die beiden Darmstücke an ihren Berührungsflächen durch einige Knopfnähte aneinander geheftet, während der untere Darmabschnitt an das Perit. genäht wird. Nachdem auf diese Weise

die Mündungen der beiden Darmstücke extraperitoneal gelagert sind, wird die Fascie vereinigt. Im oberen Teile der Wunde werden dann noch einige fortlaufende Seidennähte gelegt, die durch Haut, Fett und Fascie greifen. Die Haut wird mit Catputknopflochnaht geschlossen. Auch der untere Wundwinkel wird durch Knopfnähte, welche Fascie und Muskulatur fassen, geschlossen und die Haut darüber fortlaufend mit Knopflochnaht vereinigt.

Zum Schlusse wird unter der Klemme der Darm mit Seidenfaden und gerader Nadel dicht vernäht. Die erste Naht wird durch eine zweite, welche die beiden Darmwände durchfasst, verstärkt. Dann wird noch eine dritte Naht, wesentlich durch die appendices epiploicae gelegt. Die Haut über diesem Sigmoidalstück wird auch vernäht, wobei der Darm in die Seidenfäden mitgefasst wird. Nachdem denn auch das zuführende Darmstück durch einige Seidenfäden mit der Haut vereinigt ist, wird das obere Darmstück abgetragen und die Enden mit Billroth gepackt. Schliesslich wird die Darmwand ringsum mit Seidenfäden an die Haut genäht.

Dauer der Operation : 2 Stunden.

Narcosenverbrauch: 184 cbcm. Aether
20 cbcm. Chloroph.

mit dem Apparat von Roth-Dräger und der Modification nach Angaben des Herrn Prof. Dr. Krönig.

Anatomische Beschreibung des Präparates.

Der Tumor misst 18 : 16 : 12 ctm. Er besteht aus einzelnen bis gänseeigrossen festen derben Knollen, die von glatter Serosa überzogen sind. Auf dem Durchschnitt ist die Farbe stellenweise weisslich markig. Auch hier setzt sich der Tumor aus grösseren und kleineren zum Teil erweichten Knollen zusammen, in welchen auch teilweise seröse Lückedurchtränkungen bestehen. Am vorderen Teile des Tumor befindet sich die 6 ctm

lange, 1/4 ctm. dicke etwas gewundene durchgängige Tube, sowie das spindelige 4,5 auf 1,25 messende zugehörige Ovarium. Die R. Adnexe, bei der Operation besehen, sind normal.

Im Microscop erhält man das Bild eines Spindelzellensarcoms. Die Gewebsstückchen wurden in Alkohol gehärtet; in Paraffin eingebettet, mit dem Microtom geschnitten und mit der Doppelfärbung von Haematoxilin-Eosin weiter behandelt.

Die Bedingungen, die man an ein Spindelzellensarcom stellen kann sind erfüllt, da wir in der Geschwulst, in dem Gewebe des Tumor eine diffuse irreguläre Anordnung von Spindelzellen in mehr oder weniger spärlicher Grundsubstanz nachweisen können. Die Zellen bestehen der Hauptsache nach aus einem schmalen spindeligen Leib mit polaren Fortsätzen und einem ovalen Kern. Die zelligen Elemente sind in grosser Manigfaltigkeit vertreten und teils längs, teils quer getroffen.

Nachbehandlung.

13. Oktober. Nach dem Erwachen kein Erbrechen. Pat. verspürt grosse Mattigkeit, heftigen Durst (von Scopolamin herrührend) und starke Schmerzen im Leibe; sie erhält deshalb 1 Spr. Morphium. Am Abend steigt die Temp. auf 38,3. Der Puls ist leidlich kräftig und regelmässig 105 p. M. Urin kann spontan entleert werden.

14. und 15. Okt. Pat. klagt über Schmerzen im Leibe, die schubweise auftreten und besonders links sehr stark sind. Ferner wird Pat. durch häufiges Aufstossen geplagt. Bei Betastung des Abdomen äussert Pat. heftigen Schmerz. Aus dem anus praeternaturalis hat sich noch nichts entleert, auch fehlen die Flatus. Temp. 38,6. Puls 140 p. M.

16. Okt. Die Darmfistel entleert zweimal ziemlich dünnflüssigen Kot, worauf Pat. wesentliche Erleichterung verspürt. Temp. 36,8; Puls 110 p. M.

18. Okt. Stuhlgang aus dem anus praetern. ist spärlicher geworden und zeigt festere Consistenz. Das Aufstossen und geringere Schmerzen im Leibe bestehen fort. Temp. 36,8, Puls wechselt in seiner Frequenz bald 70—80, bald 120.

19. Okt. Pat. erbricht morgens dünnflüssigen Kot, worauf sie sich ausserordentlich erleichtert fühlt. Auch aus der Fistel geht Stuhl ab. Das Aufstossen wird seltener, der Leib weich.

Pat. klagt über Herzklopfen und Engigkeit auf der Brust.

20. Okt. Puls sehr unregelmässig, setzt ab und an vollständig aus. Digitalis 1,5 : 150.0 3 × tgl. ein Esslöffel v. z. nehmen.

22. Okt. Puls wieder regelmässig. Das Allgemeinbefinden ist leidlich; Pat. hat Appetit. Aus dem anus praetern. entleert sich reichlich Kot.

23. Okt. Ober und unterhalb der Darmfistel entleert sich seit $^1/_2$ Tag breiiger Kot aus der Bauchwunde. Allgemeinbefinden befriedigend. Die Bauchwunde ist an einzelnen Stellen unterhalb der Fistel auseinandergewichen, aber mit guten Granulationen bedeckt. Der Puls ist ruhig, regelmässig 100 in der Minute.

24. Okt. Befinden weniger gut. Pat. klagt über Atembeschwerden und Brustschmerzen. Percutorisch kann man rechts hinten unten einen abgeschwächten Schall konstatieren und auscultatorisch zahlreiche Rasselgeräusche. Es werden deshalb sofort 2 stündl. 1 Esslöffel Inf. Rad. Ipecac. 0,5 : 180,0 gegeben.

26. Okt. Von heute an werden täglich Wundspülungen mit Liq. alum. acet gemacht, die Granulationen mit Tct. jodi gepinselt. Der Verband wird tgl. 3 mal gewechselt, die Wundränder reichlich mit Zinkpasta bedeckt und Pat. mehreremals im Tage in ihrer Lage gewechselt.

30. Okt. Die Atembeschwerden sind zurückgegangen. Temp. 37,6, Puls weich, frequent ziemlich regelmässig 125 p. M.

3. Nov. Allgemeinbefinden leidlich. Die Nahrungsaufnahme ist genügend.

4. Nov. Pat. wird für einen grossen Teil des Tages auf ein Sopha gelagert, woselbst sie sich bedeutend wohler fühlt, als zu Bette.

8. Nov. Die seit dem 6. etwas gesteigerte Pulsfrequenz ist wieder zurückgegangen; der Puls ist regelmässig und kräftig. Die Wunde reinigt sich sehr schön. Durch Entwickelung guter Granulationen und Zusammenziehen der Wundränder mit Heftpflasterstreifen hat sich die Wundhöhle verkleinert. Die Temp. hält sich in normalen Grenzen.

12. Nov. Pat. versucht zu gehen und stehen, es gelingt ihr jedoch nur mit Mühe und Unterstützung.

17. Nov. Pat. hat guten Appetit und bringt keinerlei Klagen vor. Durch Verabreichung von Sal. Carol fact. wird für weichen Stuhlgang gesorgt, da die eng gewordene Oeffnung der Darmfistel sich durch härteren Kot leicht verstopft.

26. Nov. Temp. normal; Puls ist gut. Allgemeinbefinden befriedigend.

30. Nov. Seit dem 27. Nov. bekommt Pat. Vollbäder, die ihr gut bekommen und wohl tun. Die Kotfistel ist bereits so eng, dass bei etwas festerem Stuhl leicht Stauung eintritt, was Leibschmerzen hervorruft.

2. Dez. Der Zustand der Pat. ist soweit gut, dass man daran denken kann die Darmenden wieder zu vereinigen.

Es wird die Operation ausgeführt.

Etneroanastomose.
Dickdarm Seit bei Seit.
Coecostomie. (Prof. Krönig.)

Operationsbericht.

Perit. spiegelnd glatt. Ungefähr 3 ctm. rechts seitlich von der alten Operationswunde wird die Haut und das Unterhautfettgewebe, das sehr stark entwickelt ist, durchschnitten. Die vielen blutenden Gefäse werden gefasst. Lateral vom Rectus wird dann rechts in die Tiefe gegangen. Dabei präsentiert sich die art. epigastrica welche mehrmals umstochen werden muss. Nun wird das Periton. eröffnet. Die abführenne Dickdarmschlinge wird aus dem kleinen Becken hervorgeholt. Sie ist stark gespannt. Der obere Teil derselben wird mit einer Seidenligatur abgebunden und die Darmschlinge durchschnitten. Dann wird der abführende Teil auf eine Strecke von 4 ctm. von seinem messenterialen Ansatz losgelöst. Der abführende Schenkel wird mit dem Colon transversum ungefähr in der Mitte des letzteren in der Weise vereinigt, dass mit fortlaufendem Seidenfaden jederseits Taenie mit Taenie vernäht wird, der offene abführende Schenkel mit dem Kentotrib eingeschnürt und mit Seide doppelt unterbunden wird. Der Schleimhautstrumpf wird versenkt und zwar dadurch, dass Serosa und Fettgewebe über ihm mit Seidennähten vereinigt werden. Alsdann wird das vernähte Colon transversum und der abführende Schenkel der Flexur cca. $2^1/_2$ ctm. eingeschnitten, in den abführenden Teil der eine Teil des Murphyknopfes gebracht und durch 2 Seidennähte befestigt, und ebenso der andere Teil im Colon transversum. Der Murphyknopf wird geschlossen reisst jedoch dabei aus und muss entfernt werden. Beide Dickdarmschenkel werden jetzt Seit zu Seit vernäht und hinten nach Erweiterung der Öffnung auf cca. 4 ctm. die Muscularis und Mucosanaht ausgeführt. Die Vereinigung hinten ist vollkommen fest, vorne aber fehlt die Serosa und die Mucosa wird durch Seidenknopfnähte, die nach ihnen geknotet werden vereinigt. Der letzte kleine Mucosastumpf vorne in der Mitte wird dann

durch Serosaknopfnaht versenkt. Zu diesem Zwecke muss jederseits das subseröse Fett und die Appendices auf eine Strecke weit abpräpariert werden und die äussere Muscularis vereinigt werden. Der Verschluss vorne erscheint nicht so sicher, wie der hintere. Darnach wird in der Gegend des Coecum, Haut, Unterhautfettgewebe, Fascie, Muscel und Peritonaeum durchschnitten und das Coecum vorgezogen und an das Peritonaeum fortlaufend mit Seide fixiert. Das Peritonaeum in der Mittellinie wird dann z. Teil mit Catgutknopfnähten, z. Teil mit fortlaufenden bis auf eine cca. 3 Markstück grosse Öffnung geschlossen, welche über der Enterostomie liegt und hier wird darauf ein Miculicztampon eingelegt. Schluss der Fascie, Fettgewebes und der Haut fortlaufend. Jederseits neben dem Tampon wird noch ein durch Haut und Fett greifender Seidenfaden gelegt. Hierauf wird das Coecum eröffnet und die Mucosa mit 3 dünnen Seidenfäden an die Fascie angenäht. Nach Anbringen eines Fesseldrains wird in die alte Colonfistel ein elastischer Katheter eingelegt. Die Laparawunde wird durch einen Collodiumverband gegen die alte Fistel geschützt.

Nach der Operation ziemlich leidlicher Zustand. Am Abend geht der Puls in die Höhe 120 p. M. ist aber voll und kräftig.

3. Dez. Verbandwechsel. Es entleert sich reichlich seröses Sekret. Blähungeu gehen noch keine ab. Der Puls wird am Nachmittag unregelmässig klein, setzt ab und zu aus. Inf. Dig. und Strophantus. Pat. erbricht gegen Abend 2 mal, Puls 140, Temp. 38,3.

4. Dez. Der Puls ist immer noch etwas irregulär, das Allgemeinbefinden befriedigend. Es gehen Blähungen per rectum ab, ebenso aus der alten Fistel. Aus der Coecostomie hat sich kein Kot entleert.

5. Dez. In der Nacht vom 4—5. erfolgt zum ersten Mal Stuhlgang per rectum und in geringer Menge

aus der alten Fistel. Auf Brustpulver erfolgt noch weiterer Stuhl. Die Temp. fällt ab. Am Abend wird die Xerophormgaze aus dem Miculicztampon entfernt, es ist kein Kot an demselben. Das Befinden ist den ganzen Tag gut gewesen.

6. Dez. Temp. normal, Puls gebessert, Befinden gut. Entfernung des ganzen Tampons, es ist kein Kot an ihm. Die Bauchwunde sieht in der Nähe der alten Kotfistel etwas bläulichrot brandig aus. Aus der letzt gemachten Laparatomiewunde entleert sich kein Kot.

8. Dez. Die Gangrän der Haut zwischen beiden Hautschnitten schreitet fort. Temp. normal, Puls frequent, mittelkräftig.

9. Dez. Aus der Enteroanastomose entleert sich heute zum 1. mal Kot, daneben geht auch Kot und Flatus aus dem Anus ab.

11. Dez. Die Gangrän ist völlig ausgebildet. Der obere Teil der letzten Laparatomiewunde klafft auseinander. Aus der Coecostomiewunde keine Kotentleerung.

14. Dez. Die gangranösen Stellen beginnen sich abzustossen. Aus der Enteroanastomiewunde entleert sich Kot, zugleich geht hinten Kot und Flatus ab. Aus der Coecostomiewunde ebenfalls nur sehr wenig Kot. Pat. fühlt sich wohl.

17. Dez. Die Wunde sieht gut gereinigt aus. Der Kot kommt seit gestern grösstenteils aus der Euteroanastomose. Per anum nur wenig Entleerung.

21. Dez. Seit 2 Tagen überhaupt kein Stuhl mehr per anum.

23. Dez. Es wird aus Holzwolle, Gaze, Billrotbatist eine Pelotte gemacht und auf die Enteroanastomiewunde gesetzt um dem Kot den Ausgang zu verlegen und ihn ins abführende Rectumende zu leiten. Es gehen Flatus per rectum ab.

28. Dez. Die Wundränder der gut granulierenden Hautwunden werden mit Heftpflasterstreifen soweit als möglich aneinander gebracht. Sie bilden einen guten Verschluss, so dass heute wieder Kot per anum in reichlicher Menge abgeht. Das Befinden der Pat. ist gut.

10. Jan. 06. Subjektives Befinden stets gut. Die Granulationsfläche hat sich verkleinert. Die Hauptmenge des Kotes entleert sich leider wieder aus der Bauchwunde, nur selten aus dem Anus und nur in geringer Menge.

25. Jan. Die Hautwunde verkleinert sich mehr und mehr, aus dem Anus seit 5 Tagen wieder Stuhl. Die r. Bauchdeckenfistel ist noch cca. Stecknadelkopf gross. Befinden gut.

27. Jan. Operation. Stovian rückenmarksanaesthesie. Morph. 0,02 Scopolamin 0,0006 Stovain 1,9 cbcm. steril. Es wird versucht von dem Fistelgewebe zur Deckung zu benützen. Es gelingt dies jedoch nicht. Deshalb werden die Granulationen oberflächlich abgekratzt und die Flächen geschlossen und zwar dadurch, dass die Haut mit Silberdrahtknopfnähten aneinander gebracht wird.

Nach der Operation ist die Patientin ganz blau. Die Atmung ist sehr angestrengt, da die Zunge zurückgefallen ist. Der Puls ist gut. 106 Temp., am Abend 39,1.

28. Jan. Pat. hat sich wieder erholt. Aus der Coecostomiewunde hat sich etwas Kot entleert. Die Naht in der Mittellinie ist wieder aufgeplatzt und es entleeren sich reichliche Kotmengen. Temp. ist abgefallen.

5. Febr. Es werden per rectum fast keine Kotmassen mehr entleert, sondern alles nach vorne. Das Allgemeinbefinden ist stets ein gutes zu nennen.

10. Febr. Die Bauchwunde granuliert gut.

18. Febr. Status idem.

27. Febr. Bauchwunde bedeutend kleiner und sieht am 9. März sehr gut aus. Aus dem After entleert sich ab und an Kot. Die Hauptmenge aber immer noch aus der Bauchfistel. Allgemeinbefinden gut.

12. März. Status idem.

15. März. Die Wunde ist weiter zugranuliert, es findet sich immer noch eine kleine Fistel, aus der sich Kot entleert. Pat. fühlt sich wohl.

27. März. Der meiste Kot geht per rectum ab. Der Appetit ist gut und ist Pat. den ganzen Tag ausser Bett

5. April. Status idem. Gut.

11. April. Es entleert sich oftmals Kot nur durch die Analöffnung, dann aber dazwischen wieder aus der Fistel. Allgemeinbefinden gut.

16. April. Status idem.

23. April. Die Wunde sieht sehr gut aus, die Fistel ist fast zu.

8. Mai. Die rechtsseitige Fistel ist geschlossen. Die linksseitige wird mit Lapisstift geätzt und schliesst sich auch soweit, dass eine kleine plastische Operation gewagt werden konnte.

19. Mai. Patientin erhielt in den letzten Tagen Reinigungs-Vollbäder und wurde abgeführt.

Operation. Morphium-Scopolamin, Stovain Lumbalanaesthesie. Die Injection wurde zwischen den 2. und 3. Lendenwirbel auf der rechten Seite liegend gegeben. Es fliessen 3 cbcm. Cerebrospinalflüssigkeit aus, der anfängliche Druck beträgt 170 m., nach ablassen 140 m. und nach der Injektion 180 m.

Morph. 0,015.
Scop. 0,00045.

Die Bauchhöhle wird durch Längschnitt links neben der Fistel (16 ctm. lang) eröffnet. Mit der medialen alten Bauchwunde ist das Netz breit verwachsen; an der linken seitlichen Beckenwand sieht man in dem

Peritonäum einen haselnussgrossen grobhöckerigen Knoten, der als Recidiv angesehen und extirpiert wird. Dann wird das Quercolon freigelegt und an der Flexura coli sinistra sup. das Messocolon durchlocht, das Colon selbst in 2 Klemmen genommen und durchschnitten. Das proximale Ende wird verschlossen, nachdem die Wand durch eine starke Klemme gequetscht ist und die Querfurche doppelt unterbunden ist. Die Quetschstelle wird dann nochmals durch seroseröse Naht überdacht. Das distale Ende wird in gleicher Weise gequetscht, in der Furche unterbunden und die Quetschstelle wieder durch seroseröse Naht in die Colonwand eingestülpt. Bei der Palpation ergiebt sich, dass auch noch im Becken retroperitoneale Drüsen verdickt sind. Ferner fühlt man zwischen den Verwachsungen der vorderen Bauchwand und den Därmen harte Knollen, die auch als Recidive angesehen werden. Das Peritonaeum wird fortlaufend geschlossen, ebenso Fascie und Haut. Nunmehr werden die beiden Fisteln umschnitten und die untere vollständig freigelegt, von der Bauchwand abpräpariert. Das Darmrohr, das vollständig freigelegt ist, wird abgequetscht, in der Furche nach beiden Seiten hin unterbunden und die Quetschstelle nach seroseröser Naht in den Darm eingestülpt.

Dauer der Operat. 1 h. 6 M.

Nach dem Erwachen klagt Pat. über Schmerzen in der Magengegend und Gegend des Colon transvers. Der Puls ist klein 120 pr. Min. 1 Sp. Morphium.

20. Mai. Nach leidlich verbrachter Nacht fühlt sich Pat. wieder wohler. Es bestehen die gleichen Schmerzen wie tags zuvor. Der abgegangene Kot riecht äusserst übel.

21. Mai. Pat. hat in der vergangenen Nacht zweimal grünlich-gelbe Massen erbrochen. Der Puls ist 144 zuweilen aussetzend. Der Leib ist wenig aufgetrieben,

jede leichte Betastung schmerzhaft. In der Nacht geht spontan Stuhl ab.

23. u. 24. Mai. Puls etwas besser. Pat. macht einen sehr verfallenen Eindruck. Nahrungsaufnahme nicht genügend.

26 Mai. Pat. hat in den letzten Tagen ausserordentlich an Kraft verloren, sie verfällt mehr u. mehr. Aus der rechtsseitigen Fistel, die wieder aufgebrochen ist, entleert sich Kot in reichlicher Menge.

27. Mai. Pat. nimmt nichts mehr zu sich, der Puls ist sehr frequent und klein. Es tritt der Exitus ein.

Die klinische Todesursache war locale Peritonitis und Inanition.

Sektionsbericht.

Leiche einer mittelgrossen Frau von schwächlicher Constitution. Fettpolster mässig, Bauchdecken schlaff. In der Medianlinie findet sich eine unregelmässige mit grünlich schmierigen Massen belegte, an den Rändern deutlich granulierende Operationswunde, die in den oberen Teilen teilweise durch Nähte verschlossen ist. Die Länge beträgt 15 ctm., die Breite 9 ctm. und reicht die Wunde von drei Querfinger breit oberhalb des Nabels bis zur Symphyse. Im rechten Wundwinkel sieht man graugelben flüssigen Kot. Dicht über der Symphyse an einer Stelle ein prolabiertes Darmstück mit leicht vorgewölbter roter Schleimhaut in dessen Lumen hellgelber Kot zu erkennen ist. Am Einschnitt in die Wundränder zeigt sich eine eitrig schmierige Masse, die auch teilweise noch das anliegende Fettgewebe durchsetzt, so dass letzteres dadurch ein grünliches Aussehen bekommt. Nach Eröffnung des Abdomens zeigt sich, dass der obere Teil des Bauches durch das Netz gut von dem unteren Teile abgegrenzt ist. Das Netz ist vorne mit der Banchwand in der Wunde verwachsen und auch mit grünen schmierigen Massen belegt. In den oberen Partieen ist das Periton.

glatt und spiegelnd. Das Colon transversum ist nach abwärts gezogen und steht durch eine breite Öffnung mit der grossen Bauchwunde in Verbindung. Von einer cca. 5 M.-stück grossen Öffnung gelangt man in den abführenden Schenkel des Colon transversum, in den zuführenden ebenso und ausserdem nach abwärts nach dem kleinen Becken zu. In der Gegend der Flexura coli sinistra bestehen reichliche Verwachsungen der Dünndarmschlingen und an der rechten Flexur eine reichliche Ansammlung von grünlich schmierigen Massen. Man erkennt, dass hier das Colon unterbrochen ist. Die Naht, welche das zuführende Ende verschliesst, ist an mehreren Stellen aufgegangen und reichliche kotige Massen haben sich in die Banchhöhle entleert. Zwischen den Nähten ist deutlich prolabierte Schleimhaut zu erkennen. Der untere Schenkel ist ebenfalls durch eine Naht verschlossen, die auch nicht gehalten hat, so dass in dieser Gegend ein etwa faustgrosser Kotabcess entstanden ist. Die Flex. sigmoidea ist in einen dünnen Strang umgewandelt. Am Ansatze des Messenterium sieht man mehrere haselnussgrosse Knoten von weisslicher Farbe und derber Beschaffenheit; etwas kleinere sitzen auf der Serosa zweier Dünndarmschlingen, die an dieser Stelle sehr starke Verwachsungen aufweisen Unterhalb der Communicationsöffnung mit dem Colon transversum findet sich noch eine zweite solche. Vom Rectum aus gelangt man leicht in das nach unten gezogene Colon transv. An der äusseren Communicationsöffnung dagegen nicht in die Flex. sigm. Die Untersuchung dieser Partie zeigt eine grössere Zerstörung der vorderen Flexurwand. Das untere Ende der Flexura ist durch Naht verschlossen.

Blase O. B.

Scheide breit.

Uterus hühnereigross.

Endometrium glatt, leicht injiciert. Muskulatur O. B.

Adnexe links fehlen.

Link. lig. rot. ist noch einigermassen deutlich zu erkennen, ohne Knoten. Nur in der Umgebung der Flex. sig. findet man einzelne erbsengrosse Knötchen. Auch in der Nähe der art. iliaca sin. finden sich weisse, weiche Tumormassen. Sonst sind keine Knoten zu erkennen.

Die Milz 13 : 7 : 4,5 ist von auffallend harter Consistenz; auf der Oberfläche grenzt sich das obere und untere Drittel von dem mittleren durch schwärzliche Verfärbung der Kapsel und deutlicher Prominenz ab. Während auf dem Durchschnitt die mittleren Teile von hellroter Farbe und weicher Consistenz sind, lassen oberes und unteres Drittel ein dunkelschwarzrotes Parenchym erkennen. Innerhalb der dunkleren Partieen sind etwas heller gelbe unregelmässige Herde. Die Art. lienalis ist vollständig durch einen dunkelroten Thrombus angefüllt, nur in den peripheren Partieen leer.

Beide Nebennieren O. B.

Gefässe O. B.

Der linke Ureter ist deutlich dilatiert in festes schwieliges Gewebe eingehüllt. Die Kapsel der linken Niere lässt sich gut abziehen. Die Oberfläche ist glatt. Das Parenclym ist im allgemeinen rosarot, an einzelnen Stellen hellere umschriebene Partieen, die sich auch auf der Schnittfläche durch Verschmälerung der Rinde kund geben. Das Nierenbecken ist weit und mit trüber Flüssigkeit gefüllt. R. Niere O. B.

Magen und Darm O. B.

Leber. Acini undeutlich braunrot.

Gallenblase Galle klar. 7 hellgelbe facettierte Kalksteine.

Herz. Etwas grösser als die Faust der Trägerin. Linker Ventrikel leicht hypertrophisch. Muscularis braunlich von zahlreichen stecknadelkopfgrossen Herden durchsetzt. Endocard an den Klappen verdickt und auch

an der Wand des linken Ventrikels schwielig verändert. Coronararterien zeigen deutliche Intimaverfettung, ebenso das grosse Segel d. Mitralis und die dorta. For. ovale geschlossen.

Lungen: lufthaltig ohne Herde; nur wenig antracotisch. Gefässe frei.

Gehirn: Beträchtliche Sklerose der Hirnarterien Hydrocephalus internus. Oedem der Flexus chorioidei.

Halsorgane O. B. Geringe Struma.

Leichendiagnose:

Grosse ältere Laparatomiewunde mit eitriger Einschmelzung und Nekrose der Wundränder.

Colostomie.

Colorectanastomose.

Ausschaltung d. Flexura sigmoidea.

Insuffieienz einiger Nähte mit Kotabcess in der Gegend der Flexura sigm.

Peritonitis.

Geringes Tumorrecidio in der Gegend d. Flex sigm.

Fehlen der linken Adnexe.

Thrombose der Milzarterie mit ausgedehnter Infarcierung der Milz.

Hydronephrose links mit umschriebenen Atrophien der Nierenrinde.

Hypertrophie des linken Ventrikels.

Verfettung der Intima der Cornonararterien und der Aorta.

Zahlreiche kleine Herzschwielen.

Sklerose der Basilararterien.

Hydrocephalus internus.

Nach ausführlicher Aufzählung der hieher gehörigen mir in der Litteratur bekannten Fälle und Beschreibung meines eigenen Krankheitsbildes möchte ich auf einige Punkte, die für die bindegewebigen Tumoren des lig. lat. interessant sind eingehen.

Die Tumoren der glatten Muskelfasern und des Bindegewebes des lig. latum haben pathologisch histologisch und histogenetisch mit denen des Uterus Ähnlichkeit, und dürfte ein Vergleich wohl auf Platze sein. Wenn man von den verschiedenen klinischen Symptomen absieht, so fällt besonders bei den Tumoren des lig. latum der grosse Gefässreichtum und die Neigung zur Erweichung und cystischer Entartung auf. Letztere Eigenschaft erklärt Pozzi in verschiedener Weise, indem er sagt, entweder ist an einer beliebigen Stelle Gewebe geschwunden zwischen ursprünglich kleinen Oedemlücken oder die cystische Erweichung ist an Stellen praeformierter Lymphspalten eingetreten. Wenn man nun noch bedenkt, dass Tumoren mit Vorliebe sich dem Verlaufe von Lymphgefässen anschliessen u. dieselben comprimieren, so ist im lig. lat. hierzu leichtverständliche Gelegenheit für die bestehenden Lymphangiectasien geboten, während für die auf Erweichung beruhenden Höhlräume die Rückflussbehinderung verantwortlich gemacht werden kann. Als weiteren Vergleichspunkt möchte ich noch der Malignität gedenken. Während pathologisch anatomisch betrachtet, Myome und Fibrome des Uterus gewiss zu den benignen Tumoren gehören, ist dies klinisch keineswegs der Fall. Die jahrelangen Menno- und Metroraghien schwächen den Organismus sehr, er nimmt an Widerstandskraft ab, die anderen Organe werden auch ergriffen. Anders mit den Tumoren des lig. latum. Von Blutungen kann begreiflicherweise nicht die Rede sein und oft bestehen die Tumoren in ziemlicher Grösse ohne dem Träger irgend welchen Schaden, ausgenommen das unangenehme Gefühl der Völle im Leibe, zu bringen. Es werden also diese Tumoren für gutartiger angesehen werden müssen, als die des Uterus. Die Sarcome des lig. latum müssen natürlich alsmaligne aufgefasst werden, was hauptsächlich durch ihr rasches Wachstum mit Compression der

Nachbarorgane und Adhaessionen erklärt wird, während man Metastasenbildung seltener findet. Auch mein Fall zeigte für die lange Zeit der Krankheit relativ geringe Metastasen in den Drüsen und trat der Tod wohl an eitriger Peritonitis und Inanition, nicht aber durch das Recidiv ein. Bei einem Rückblick auf die angeführten Fälle ist es ja angenehm zu begrüssen, dass sich prozentualiter die Fibrome und Fibromyome gegenüber den Sarcomen in einer so gewaltigen Überzahl darstellen.

Werfen wir nun einen Blick auf das klinische Verhalten dieser Tumoren, so habe ich es auch für nötig erachtet anamnestisch nach traumen irgend welcher Art zu fanden. Aber nur in zwei Fällen gaben die Pat. eine äussere Ursache als Grund ihres Leidens an. Als inneres trauma dürfen gewiss mit Recht die Geburten in Betracht gezogen werden. Von meinen erwähnten Fällen sind nun 33 Multipare, 6 Primipara, 14 Nullipara. In einer Abhandlung über Sarcome des Uterus aus dem Jahre 1867 wird v. Ahlfeld gerade auf die Frage der Aetiologie der malignen Tumoren des weiblichen Geschlechtsapparates grosser Wert gelegt. Der Verfasser meinte, dass im Gegensatz zum Carcinom, wo stets ein trauma anstosserregend wirke, beim Sarcom gerade umgekehrt die Ruhe die Untätigkeit und Unfruchtbarkeit der befallenen Frau der Grund des Leidens sei, die Anlage zur sarcomatösen Neubildung abgäbe. Diese Ansicht auf die primären Sarcome des lig. latum übertragen zu wollen, wäre aber in Anbetracht der obigen Zahlenverhältnisse nicht erlaubt.

Es lässt sich also sowohl für die Entstehung sowohl der benignen, als der malignen Tumoren des lig. latum weder eine äussere noch eine innere Ursache konstatieren. Was nun noch das Alter der Pat. anbelangt, so scheinen auch hier die Jahre jenseits der 30. bis längstens 55. die bevorzugten zu sein. Alban Doran behauptet zwar, dass bei den Tumoren des lig. lat.

17.6 Prozent unter 30 Jahren alt seien, eine Zahl, die weit grösser sei als die entsprechende der Uterustumoren. Ob dies richtig ist müssten genauere Statistiken mit entsprechenden Fällen beweisen. Aber die Tatsache steht fest, dass die benignen Tumoren der lig. lata nach der Menopause zurückgehen od. zum mindesten nicht mehr entstehen; anders verhält es sich aber mit den Sarcomen.

Besonderes klinisches Interesse verdient, wie bei allen Erkrankungen, auch hier die Symptomatologie. Am einfachsten wird sich die Beschreibung gestalten, wenn ich auf vergleichende Momente mit den Uterustumoren aufmerksam mache.

Während bei den Tumoren des Uterus die lästigen und schwächenden Blutungen im Vordergrunde stehen, finden wir hier bei den Tumoren des lig. lat. ein aufhören jeglicher Blutung, in manchen Fällen allerdings nur. Mit Entfernung des Tumor setzte alsbald die Blutung (Menstruation) wieder ein. Die Complicationen von Seiten anderer Orgaue sind weiterhin ebenso, aber doch weniger zu befürchten. In nur vereinzelten der häufigen Fälle war Urindrang, Peritonitis, Digestionsstörung mit Jleus und Oedem der Beine beobachtet worden. Auch die anderen consensuellen Symptome Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, Cardialgie, Urinstauung mit Hydronephrose, sind nicht so ausgesprochener Natur und seltener vorhanden, und ist in keinem Falle Zerfall des Tumors mit Pyämie und Cachexie beobachtet. Es mag dies vielleicht daher kommen, dass besonders die malignen Tumoren des lig. latum, sehr rasch wachsend, frühzeitig das Abdomen vordrängen und im Leibe ein unangenehmes Gefühl der Völle hervorrufen. Von Schmerzen ist selten die Rede da das Peritoneum von der wachsenden Geschwulst schonend auseinandergespannt und gedehnt wird.

Interessant und besonders erwähnenswert ist auch ein Fall von Fuchs, woraus man ersieht, dass der Geburts-

helfer keineswegs ohne weiteres berechtigt ist eine im kleinen Becken sitzende grosse Geschwulst als Hindernis für den Austritt des Kindes anzusehen. Stroheker schreibt, als er sich mit dieser Frage beschäftigt folgendes:

Man warte bei Complication von Gravidität und Beckenbindegewebstumor sowohl in der Schwangerschaft, als während der Geburt ab, versuche zuerst alles andere und denke nur bei der zwingenden Notwendigkeit an eine Operation.

Sonderbarerweise beobachtet man bei näherer Untersuchung der Localisation, eine auffällige Bevorzugung der rechten Seite gegenüber der linken. Worin dies liegt, kann ich leider nicht erklären und habe auch nirgends eine Erklärung gefunden.

Aus den erwähnten Symptomen und dem Tatbestand ist die Diagnose der Tumoren des lig. lat. nicht immer leicht und sicher zu stellen. Nur wenn der Tumor sehr solide ist, Beweglichkeit zeigt und sich ein Descensus oder Prolaps der Vaginalwand zeigt ist die genaue Erkennung und Localisation erleichtert. Sicher beweisend ist es, wenn man den Uterus und 2 Ovarien isoliert tasten kann und obige Symptome auch vorhanden sind.

Schon Sänger und später Werth wiesen auf die Wichtigkeit und die praktische Bedeutung und deren Nutzen hin, die eine richtige topographische Erkenntnis für die Operation und rasche Orientierung bei derselben haben. Denn nur so kann viel Zeit gespart und die entsprechende chirurgische Stellung eingenommen werden.

Diesen Betrachtungen möchte ich nun noch einige Bemerkungen über die Operationsmethoden der Tumoren der lig. lata folgen lassen.

Weitaus die häufigste Geschwulstform der lig. lata sind Cysten. Man begnügte sich früher damit dieselben

zu punktieren und gab sich der trügerischen Hoffnung hin, die Pat. dadurch von ihren Beschwerden dauernd zu heilen. Da aber wie begreiflich die Erfolge keine günstigen waren, so entschloss man sich zur Totalexstirpation, wobei man nun häufig auf bindegewebige cystisch degenerierte Tumoren stiess. Um diese Art Tumoren entfernen zu können muss man eine Eröffnung des Vaginalgewebes, oder vom Damme her eine Eröffnung des Douglas, oder eine Laparatomie vornehmen.

Die vaginale Methode wurde früher häufig angewendet, verbietet sich aber meiner Ansicht nach von selbst. Der wichtigste Faktor des gynaekologischen Operierens geht verloren — die Übersicht über das Operationsfeld. Man kann die Nachbarorgane nicht genügend topographisch beobachten und dabei auch nicht schonen z. B. den Ureter. Auch ist die Blutstillung eine ganz unexakte und mit den grössten Schwierigkeiten verbunden. Sänger schlug im Jahre 1890 vor die Beckengeschwülste, darunter auch die subperitonealen Tumoren der lig. lata auf dem Wege der Perineotomie zu entfernen. In Steissrücken oder Seitenlage durchschnitt der Operateur vom hinteren Drittel des labium majus nach hinten etwa 2 ctm. über den After hinaus und zwar in der Mitte zwischen tuber ischii und letzterem Haut und Fett. Das Cavum ischii rectale war damit eröffnet. Der levator ani wurde sagital durchtrennt und nun konnte man mit der Hand eingehen bis zum Peritoneum. Der Gründer der Idee ging damals von dem Standpunkte aus, dass die gefährliche Laparatomie doch nur eine Operation sei an den Organen, die ganz oder grösstenteils in der Bauchhöhle gelegen seien; Bauchschnitt und Krankheitsherd bei Erkrankungen im kleinen Becken der Frau lägen aber viel zu weit auseinander und selbst die Hilfsmittel der invertierten Lage und entgegenbringen der Organe von unten durch Druck seien zu verwerfen und ein direktes Angreifen

von unten her an Ort und Stelle vorzuziehen. Das für die vaginale Operation gesagte mag auch hier seine Geltung haben.

Bardenheuer wollte das gefürchtete Gespenst der Sepsis nach eröffnetem Peritonaeum dadurch umgehen, dass er seine Schnitte extraperitoneal anlegte. Es mag diese Operationsweise bei Tumoren der Niere und Milz ihre grossen Vorteile und ihre Berechtigung haben, bei der Exstirpation der Tumoren des lig. latum ist aber wegen dem tiefen Sitz unten im kleinen Becken die genaue Übersicht der topographischen Verhältnisse relativ ungenau und diese Methode nicht zu empfehlen.

Es bliebe also nach Ausschaltung der oben erwähnten Möglichkeiten nur die Laparatomie, deren Technik hier nur kurz geschildert sein mag.

Nach Eröffnung des Peritonaeum wird die Geschwulst, von eventl. Adhaesionen gelöst, herausgewälzt die Gefäse gefasst und ligiert. Dann wird die Geschwulstkapsel gespalten stumpf vom Tumor abgelöst und unter stetiger Beobachtung der Umgebung, wie Blase, Rectum, Ureter, der Tumor exstirpiert. Stärkere Blutungen kommen dabei wohl vor. Die grosse Wundhöhle wird nach eventl. Kürzung der peritonealen Ränder durch die Naht geschlossen. Sollte die Blutung nicht vollständig stehen so würde eine Drainage nötig. Hegar führte dieselbe nach den Angaben von Eck und Martin zumeist nach der Vagina zu aus, indem er eine starke Kornzange vom Boden der parametranen Wundhöhle aus in das Scheidengewölbe durchstiess.

E. Lamoers dagegen gibt der Tamponade der Wundfläche nach dem Abdomen zu den Vorzug und hatte gute Resultate. Die Hegarmethode hat in der Beziehung ihre Vorteile, als die Abflüsse ihren natürlichen Weg gehen können und die Gefahr einer Bauchhernie bei der prima reunio in Wegfall kommt und die Bauchhöhle abgeschlossen ist. Bei grossen Tumoren

des lig. lat. sind immerhin schon grössere Blutungen und Complicationen vorgekommen. Man sollte desshalb eine Tamponade stets in den Operationsplan mitaufnehmen, wenn uns auch heute gute blutstillende Mittel wie Xerophorm, Alcohol und Adrenalin zur Verfügung stehen. Was die Complicationen anlangt, so erinnere ich nur an meinen eigenen Fall, wo die Exstirpation des Tumor grosse Schwierigkeiten bereitete und für den gynaekologischen Operateur wohl eine Stätte war seine Kenntnisse der ganzen Darmchirurgie anzuwenden.

Die Resultate der Entfernungen der Tumoren des lig. lat. per laparatomiam sind wie die Statistik zeigt, heutzutage in Anbetracht der guten Asepsis, der besseren Technik und der genaueren Kenntnis der topographischen Verhältnisse und der Complicationen recht gute zu nennen, während die früheren Operateure viele ungünstige Resultate aufzuweisen hatten. Es unterliegt demnach heute keiner Frage wie man diese Tumoren behandeln soll. Eine radikale Heilung und Schutz vor Druck und Incarceration wird man nur durch Exstirpation per laparatomiam erzielen können. Vantrin empfiehlt sogar in den Fällen, wo die Verhältnisse eine Enucleation nur schwer gestatten den ganzen Uterus mit zu entfernen. Die Vorteile sind wohl darin zu suchen, dass man die Gefässe gut abklemmen, die Wundsecrete nach der Vagina zu gut ableiten kann. Ob es aber statthaft ist bei Frauen im geschlechtsreifen Alter zu gunsten des kleineren Blutverlustes die Gebärmutter mit zu entfernen, dürfte doch etwas zweifelhaft erscheinen.

Zum Schlusse der Arbeit möchte ich noch einiger Fragen Erwähnung tun, die bei der Untersuchung des Tumors in Betracht gezogen werden mussten.

Die erste Frage war die nach der Malignität. Ein Myom war auszuschliessen, selbst ein sarcomatös degeneriertes. Denn zog man die Anamnese in Betracht,

so gab Pat. genau an, dass die Geschwulst äusserst rasch gewachsen sei, sie sich schon seit 22 Jahren im Climacterium befinde und auch bei der ersten Operation von einer Geschwulst nichts zu finden war. Das microscopische Bild ergab denn auch ein reines Spindelzellensarcom, ohne jeglicher Spur glatter Muskelfasern. Der Tumor musste also als primär maligne aufgefasst werden, was durch sein Wachstum nur noch wahrscheinlicher wird.

Wo ist nun der Tumor entstanden?

Schultz-Schultzenstein beschreibt in seiner Arbeit einen desmoiden Tumor im lig. lat. und giebt ihm seine Entstehung in einem dritten Ovarium. Ich möchte dies in meinem Falle nicht tun, sondern dem Tumor seine Matrix dahin verlegen, wo er sass — in das lig. latum, in dessen Bindegewebe.

Es blieben ja noch die Möglichkeiten einer versprengten Nebenniere, einer Lymphdrüse, die sarcomatös entartet waren, in Betracht zu ziehen.

Das Tumorgewebe war jedoch macroscopisch und microscopisch an den verschiedensten Stellen von so einheitlichem sarcomatösem Bau, dass auch diese Möglichkeiten in Wegfall kommen.

Die Morgagnische Hydatite, der Urnierenteil des Wolffschen Ganges und das Parovarium schieden von selbst aus, da sie nur cystische Tumoren entstehen lassen.

Der Tumor ging also vom Lig. latum aus und zeichnete sich dadurch aus, dass er rapide wuchs, relativ maligne für die Umgebung aber auch relativ benigne für die Trägerin war, wenn wir an das verhältnismässig gute Allgemeinbefinden denken, dessen sich die Pat. während ihres langen Krankenlagers erfreuen durfte.

Im Interesse der klareren Übersicht lasse ich eine Zusammenstellung der Fälle folgen unter den Gesichtspunkten, die mich bei Abfassung der Arbeit leiteten.

Den Direktor der Universitäts-Frauenklinik Freiburg i. B. Herrn Prof. Dr. Krönig bitte ich für die freundlichst mir erteilte Erlaubnis meinen Krankheitsfall zu dieser Dissertation zu bearbeiten meinen untertänigsten Dank entgegennehmen zu wollen.



Angabe der benützten Quellen.

Archiv für Gynaekologie: 1870, 1875, 1880, 1883, 1884, 1890, 1897, 1899, 1900, 1902.
Archiv für Heilkunde 1875.
Archives de Tocologie et de Maladie des femmes Bd. XX. und XXI. (Jahrg. 1880).
Archives de Tocologie et Gynécologie Paris 1893. XX.
Annales de Gynécologie et d'obst. 1903.
Allgemeine Wiener med. Zeitung 1883.
American Journal of Obstetricts 1897, 1898.
v. Bardeleben-Haeckel u. Frohse. Topograph. Anatomie.
Berliner kl. Wochenschrift 1881,
Britisch med. journal 1898, 1899.
Bilfinger, Inaug. Diss. 1887.
Centralblatt für Gynaecologie 1882—1905.
Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1880.
Döderlein-Krönig, Operative Gynaekologie 1905.
Hegar Kaltenbach, Operative Gynaekologie 1897.
Fritsch, Die Krankheiten der Frau. 1905.
Frommels Jahresbericht für Gynaekologie 1893.
Freund, Inaug. Diss. 1901.
Gazette hebdom. de médcine et de Chirurgie 1898.
Henle-Märkel, Lehrbuch der Anatomie des Menschen.
Journal of American Association 10—17.
Jarre, Des Fibromes des ligaments larges.
Journal de Chirurgie et anal de la société Belge 1902.
Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie. XI, XXI.
Krekels Inaug. Diss. 1896.
Lyon médical. 1874, 1901.

Münchener med. Wochenschrift.
Stern, Inaug. Diss. 1876.
Schmauss, Grundriss der patholog. Anatomie 1904.
Virchow, Die Geschwülste Bd. III.
Winkel, Handbuch der Frauenkrankheiten.
Wiener klinische Wochenschrift 1887.
Ziegler, Lehrbuch der patholog. Anatomie.



Referent.	Alter. Geburten	Wahrnehmung des Tumor.	Symtome und Beschwerden.	Fluctuation.	Diagnose vor der Operation.	Befund bei der Operation.	Pathol. anat. Diagnose.	Ausgang.	Gewicht, Grösse d. Tumors.	Sitz d. Tum. R. od. L.
Schetelig.	47 Jahre alt Multipara.	Pat. bemerkte vor zwei Jahren die erste Anschwellung d. Unterleibes.	Bei Beginn d. Entstehung d. Geschwulst beinahe keine Beschwerden. Dann plötzliches rasches Wachstum des Tumor.	undeutlich positiv.	Ovarialcystom.	Wegen acut. Peritonitis konnte nicht operiert werden. (Autopsie: Uterus etwas hyperplastisch ohne Verbindung mit dem Tumor. R. u. l. Ovarium normal.	Myoma teleangiectodes cavernosum.	Exitus.	—	R. lig. lat.
Schmid.	35 J. alt I para.	1 $^1/_4$ Jahr nach d. Entbindg. bemerkte Pat. eine Geschwulst in der rechten Unterbauchgegend.	Geschwulst blieb nachdem sie bemerkt ca. $^1/_2$ Jahr stabil. Nach körperlicher Anstrengung plötzliche Peritonitis und rasches Wachstum. Leibesumfang 113 ctm.	fehlt.	Solider Tumor d. lig. lat. dextr. (Uterus u. Ovarien isoliert zu tasten)	Tumor v. lig. lat. dextr. Uterus u. Ovar. normal ohne Verbindung mit dem Tumor.	Fibrosarcoma lig. lat.	Heilung p. primam.	8 kg.	R. lig. lat.
Mieulicz.	22 J. alt Nullipara.	Noch nie menstruiert. Seit 6 Jahren zeitweise auftretende 4 — 6 Tage dauernde Beschwerden.	Der Tumor wuchs langsam aber zusehends Seit 2 $^1/_2$ Jahren Hydrops u. Ascites. (Compressionserscheinungen.) Rasche Zunahme d. Tumor seit 1 Jahr; es musste Bettlage eingehalten werden. Nabelhernie. 92 ctm. Leibesumfang.	fehlt.	Bindegewebstumor v. lig. lat. Uterus.	Uterus infantil. R. Ovarium normal. L. mit einem kleinen Fibrom besetzt.	Fibrosarcoma lig. lat.	Heilung nach intraabdomineller Blutung.	5 kg.	R. lig. lat.
Gayet.	42 J. alt Multipara.	Angeblich seit 7 Jahren ziehen und spannen im Leib.	Pat. verspürt eine unangenehme Völle, ziehen und spannen im Leib.	deutlich.	Cystoma ovarii. sin. Uterus nach oben u. l. gezogen isoliert zu tasten.	Tumor ist solide u. geht vom linken lig. lat. aus. (Cystisches Myom.) Ausgedehnte Adhaesionen.	Cystisch degenerirtes Myom.	Exitus an Sepsis. 4 Tage post operation.	?	L. lig. lat.
Sänger.	19 J. alt I para.	Seit $^1/_2$ Jahr Anschwellung des Leibes.	Gutes Allgemein- und Wohlbefinden. Periode bleibt aus. Der Leibesumfang nahm rasch zu u. Pat. bekam ein Gefühl der Völle und ein Drängen nach unten. Sehr rapide Kräfteabnahme. 96 ctm. grösster Umfang bei sehr mag. Pat.	deutlich.	Cystoma colloides ovarii sin. (Uterus dextroponiert isoliert getastet)	Fibroma hydropicum. Uterus und Ovarien O.B. L. Ov. wenig ödematös.	Fibroma lig. lat. sin.	Heilung etwas verzögert durch Exsudat an einer Peritonaeumverletzung im Douglas.	8510 gr.	L. lig. lat.
Bardenhener.	?					Fibromyoma lig. lat. (Einreissen d. vord. Rectumwand, anreissen eines parametranen Gefässes).	Fibromyoma lig. lat.?	Exitus an Verblutung 4 Stunden p. op.	—	?
Buschmann.	28 J. alt IV para.	Seit 3 Jahren Zunahme des Leibes bemerkt.	Sonstige Beschwerden keine.	fehlt.	Beckentumor.	Fibromyoma lig. lat. sin. Uterus u. Ovar. isoliert und normal.	Fibromyoma.	Exitus.	18 kg.	L. lig. lat.
Rydigier.	Multipara.			vorhanden.	Solider gestielter Tumor d. Uterus.	Fibromyom d. lig. lat. dextr. Uterus und Ovarien isoliert und normal.	Fibromyoma lig. lat. d.	Heilung.	20 Pfd.	R. L. lat.
Chemieux.	32 J. alt 0 para.	Seit einigen Jahren.	Keine Störun des Allgemeinbefindens, kein Schmerz. P ötzlich rapides Wachstum.	fehlt.	Solider gestielter Uterustumor.	Uterus u. Ovarien frei. Der Tumor steht durch einen Stiel mit dem lig. lat. sin. in Verbindung.	Cystosarcoma lig. lat. sin.	Exitus d. postoperative Peritonitis.	6 kg.	L. lig. lat.

Referent.	Alter. Geburten.	Wahrnehmung des Tumors.	Symptome und Beschwerden.	Fluctuation	Diagnose vor der Operation.	Befund bei der Operation.	Pathol. anatom. Diagnose.	Ausgang.	Gewicht, Grösse d. Tumors.	Sitz d. Tum R. od L.
Schröder.	Multipara.	Seit $^{3}/_{4}$ Jahren.	Wenige.	keine.	Fibromyom d. r. lig. lat.	Fibromyom d. lig. lat. dextr.	Fibromyoma lig. lat. dextr.	Heilung.	?	R.
Hofmakl.	33 jährig. Prim.para.	Seit $^{3}/_{4}$ Jahren.	Indirekt durch die entstandene Hernie mit Hautgangrän.	keine.	Feste Geschwulst des Beckenbindegewebes.	Fibrom d. l. lig. lat.	Fibrom d. l. lig. lat.	Heilung.	?	L.
Sänger.	22 J. alt III-para.			keine.						
Netzel.	38 jährig. II-para.	Seit 2 Jahren.	Pat. hatte schon 2 mal ileusähnliche Erscheinungen. Der Tumor wuchs sehr rasch. Die Menstruation war regelmässig. Der Stuhlgang sehr träge. Grosser Kräftezerfall und Abmagerung. Erschwerung der Atmung. 91 cm. Umfang.	undeutlich.	Zuerst als noch klein: subperiton. Myom. Uterus und Ovar. isoliert abzutasten. Später: Linksseit. Ovarialcystom. Uter. retroflect. isoliert abzutasten.	Sarcom d. lig. lat. mit Verwachsungen nach der Bauchwand, dem Netz, Colon ascend und desc. und flex. sigmoidea.	Spindelzellensarcom d. lig. lat. sin.	Exitus 2 Tage p. op.	?	L.
Nicolaysen.	34 J. alt VI-para.	Seit 1 Jahr.	Anschwellung des Leibes mit Schmerzen verbunden, so dass Pat. das Bett hütete.	keine.	Beckentumor unabhängig von Uter. u. Ovar.	Gallertig-fester Tumor der vorderen Bauchwand in Nabelhöhe adhaerent. Lösung zahlreicher Adhaesionen mit Colon transv. und Dünndarmschlingen.	Cystosarcoma lig. lat. dextr.	Glatte Heilung.	?	R.
Langner.	47 jährig. Multipara.	Seit $^{1}/_{4}$ Jahr.	Völle im Leibe. Blasenbeschwerden. Urin kann zeitweise spontan gelassen werden.	keine.	Uterus durch einen grossen Tumor d. link. kl. Becken weit nach r. verdrängt.	Myxofibroma lig. lat. sin. Uterus und Ovar. am Tumor unbeteiligt.	Myxofibroma.	Exitus am 10. Tag p. op. an Peritonitis purulenta.	?	L.
C. v. Rokitanski	32 J. alt II-para.	Seit $^{1}/_{2}$ Jahr.	Pat. bemerkte wohl eine Anschwellung d. Leibes, hatte aber nicht viel od. beinahe keine Beschwerden.	fehlt.	Soliden Tumor im r. lig. lat. Uterus u. Ovar. ohne Zusammenhang mit dem Tumor.	Fibrom d. lig. lat. dextr.	Fibromyoma lig. lat. dextr.	Glatte Heilung.	?	R.
"	24 J. alt Nullipara.	Seit $^{1}/_{2}$ Jahr.	Beinahe ohne Störung des Allgemeinbefindens.	fehlt.	Uterus u. Ov. in normal. Lage. Der Tumor sass im lig. lat. ungestielt und ohne Verbindung mit dem Uterus.	Fibrosarcoma lig. lat. sin.	Fibrosarcoma lig. lat. sin.	Zuerst glatte Heilung.	—	L.
	Dieselbe Pat. 2 Jahre später.		Starke Beschwerden. Compressionserscheinungen. Völle, Atembeschwerden. Abnahme der Kräfte.	fehlt.	Im R. lig. lat. sitzt ein mannskopfgrosser bindegeweb. derber Tumor.	Fibrosarcom d. lig. lat. dextr.	Fibrosarcoma lig lat. dextr.	Exitus 4 Tage p. op.	3700 gr.	R.
Holmes.	35 J. alt I-para.	Seit $^{1}/_{2}$ Jahr.	Zuerst ohne Beschwerden. Plötzliches rasches Wachstum und lästigste Beschwerden.	fehlt.	Fibrom. d. lig. lat. Uterus u. Ovar. intakt u. situ.	Fibromyom d. lig. lat.	Fibromyom d. lig. lat.	Heilung p. primam.	Mannsfaustgr.	

Referent.	Alter. Geburten.	Wahrnehmung des Tumor.	Symtome und Beschwerden.	Fluctuation.	Diagnose vor der Operation.	Befund bei der Operation.	Pathol. anat. Diagnose.	Ausgang.	Gewicht, Grösse d. Tumors.	Sitz d. Tum. R. od. L.
Bilfinger.	58 J. alt VIII para.		Völle im Leibe, Druck nach unten.	fehlt.	Fibromyom d. Uterus.	Uterus und Ovar. ohne Verbindung mit dem Tumor. Fibromyom d. r. lig. lat.	Fibromyom.	Heilung.	Über Gänseei-gross.	R.
Krekels.										
Terillon.	37 J. alt VII para.	Seit 3 Jahren.	Rasches Anschwellen d. Leibes. Darmverschluss. Anurie (vorübergehend).	fehlt.	Abdominaltumor.	Uterus und Ovar. isoliert. Fibromyom d. r. lig. lat.	Fibromyom.	Heilung.	19 kg.	R.
Braun.	?	Seit 2 Jahren.	Völle im Leib.	fehlt.	Intraligamentäres Fibromyom.	Myom d. lig. lat. sin. Uterus und Ovar. isoliert normal.	Fibromyom.	Heilung.	?	L.
Andry.	?	?	Völle im Leib. Drängen nach unten. Harndrang. Atembeschwerden.	fehlt.	Bindegewebstumor d. kl. Becken	Fibrom d. l. lig. lat. mit Verwachsungen der Leber und des Zwerchfells.	Fibrom.	Tod nach 8 Stunden (Blutverlust).	30 Pfd.	L.
Konrad-	37 J. alt Multipara.	Seit 1 Jahr.	Druck im Abdomen. Völle im Leibe.	fehlt.	Fibromyom d. r. lig. lat.	Uterus und Ovar. isoliert. Tumor geht vom lig. lat. d. aus.	Fibrom mit fettiger Degeneration.	Genesung.	20 Pfd.	R.
Martin.	57 J. alt Multipara.	Seit 1 $^{1}/_{4}$ Jahren.	Völle und Unbehagen im Leib.	fehlt.	Myom d. lig. lat. sin.	Myom im lig. lat. ohne Verbindung mit dem Uterus.	Myom.	Heilung.	2000 gr.	L.
Doléris.	?	Seit 1 Jahr.	Geringe Beschwerden.	fehlt.	Myoma uteri.	Uterus und Ovar. isoliert. Der Tumor steht mit dem l. lig. lat. durch einen kleinfingerdicken Strang in Verbindung.	Fibromyom. (mit cyst. Degeneration).	Heilung.	Orangegr. kugelig.	L.
Terrier.	47 J. alt Multipara.	Seit 1 $^{1}/_{2}$ Jahren.	Völle und Druck im Leibe.	fehlt.	Fibromyoma uteri nach dem l. lig. lat. zu entwickelt.	Uterus und Ovar. ohne Verbindung mit dem Tumor. Tumor derb im lig. lat. sin.	Myoma lig. lat.	Heilung.	3540 gr.	L.

Referent.	Alter. Geburten.	Wahrnehmung des Tumors.	Symptome und Beschwerden.	Fluctuation	Diagnose vor der Operation.	Befund bei der Operation.	Pathol. anatom. Diagnose.	Ausgang.	Gewicht, Grösse d. Tumors.	Sitz d. Tum. R. od L.
Herzfeld.	39 J. alt Multipara.	Seit 1 Jahr.	Völle und Druck im Leib. Schlechtes Allgemeinbefinden. Verdauungs- und Respirationsbeschwerden sehr gross.	?	Beckentumor v. fester Consistenz.	Tumor d. r. lig. lat. und 2 Myome im Messenterium d. Colon und Ileum. Uterus und Ov. isoliert.	Myoma lipomates.	Heilung.	6 ½ kg.	R.
Uerow.	44 J. alt Multipara.	Seit 5 Jahren.	Pat. hat einen Totalprolaps der combiniert mit dem Tumor Leib- und Kreuzschmerzen macht. Ziehen nach unten und Drängen. Incontinenz für dünnen Stuhl.	fehlt.	R. u. L. von d. Scheidenwänden je 1 bindegeweb. (fibromatöser) Tumor.	Kein Zusammenhang mit Uterus u. Ovar. Doppelseitiges Fibromyoma.	Fibromyoma.	Heilung p. primam.	?	R. u. L.
Gross.	31 J. alt Nullipara.	Seit 2 Jahren.	Fast ohne Beschwerden. Keine Compressionserscheinungen. Völle im Leib.	vorhanden.	Ovarialtumor r.	Tumor ist bindegewebig und sitzt im lig. lat. Uterus und Ovar. ohne Beziehung zum Tumor an normaler Stelle.	Fibromyom.	Heilung.	2500 gr.	?
Wathen.	?	Seit 1 Jahr.	Heftige Beschwerden bei der Defäcation.	fehlt.	Fibrom im lig. lat.	Fibromyom d. lig. lat.	Fibroma.	Heilung.	Hühnerei-gross.	?
Delagrange.	38 J. alt Multipara.	?	Ohne besondere Symptome u. Beschwerden.	fehlt.	Ovarialtumor.	Gestieltes Myom d. lig. lat. Stiel geht v. Tumor z. lig. lat. Uterus u. Ovar. ohne Zusammenhang mit d. Geschwulst.	Myoma.	Heilung.	240 gr.	?
Jones.	51 jährig. Multipara.	Seit 1 Jahr.	Rapides Wachstum in den letzten 6 Mon. Verbunden mit Ascites und heftigsten Beschwerden bezw. Urin- und Darmentleerung.	vorhanden.	?	Fibromyom d. lig. lat. Uterus u. Ovar. unbeteiligt.	Fibromyoma.	Heilung.	?	?
Polloson.	32 J. alt Nullipara.	Seit 10 Jahren metistische Beschwerd.	Schmerzen in der rechten Seite d Leibes die nach dem r. Schenkel ausstrahlen.	?	Beckentumor (solid).	Tumor d. r. lig. lat. ohne Verbindung mit dem Uterus und Ovar.	Fibromyoma.	Heilung.	?	R.
Guérard.	37 J. alt Multipara.	Seit 3 Jahren.	Anschwellen des Leibes.	vorhanden.	Cystom mit Stieltorsion.	Fibroma lig. lat. sin. ohne Verbindung mit Uterus und gleichzeitiger cystischer Entartung d. l. Ovarium.	Fibrom mit starker Haemorraghie.	Heilung per primam.	Hühnerei-gross.	L.

Referent.	Alter. Geburten.	Wahrnehmung des Tumor.	Symtome und Beschwerden.	Fluctuation.	Diagnose vor der Operation.	Befund bei der Operation.	Pathol. anat. Diagnose.	Ausgang.	Gewicht, Grösse d. Tumors.	Sitz d. Tum. R. od. L.
Archives de Tocologie et de Gynécologie.	23 J. alt Nullipara.	Seit kurzem.	Gering.	keine.	Fibroma Uteri intraligamentosum.	Fibrom d. lig. lat. Uterus und Ovarien frei, leicht vergrössert.	Fibrom d. lig. lat.	Heilung.	Durchmess. 9 : 6 ctm.	R.
Larson Trait.	55 J. alt Multipara.	?	Völle im Leibe.	keine.	?	Tumor hing mit dem lig. lat. durch einen Stiel zusammen. Uterus uud Ovarien frei.	Fibromyom.	Heilung	2 kg.	L.
Delauny.	?	Etwa ein halbes Jahr.	?		Fibromyoma. ?	Fibrom d. lig. lat.	Fibrom.	Heilung.	?	?
Schultz-Schultzenstein	70 J. alt Multipara.	Seit 1 Jahr.	Anfangs gering. Später mässig.	keine.	—	—	Myoma lig. lat. 3. Ovarium und Spindelzellen also Myosarcoma.	Heilung.	2,5 kg.	L.
Maclean u. Gow.	?	Seit 1 Jahr.	?	?	?	Myoma lig. lati.	Myoma.	Heilung.	?	?
Godart.	27 J. alt	Seit etwas mehr als 1 Jahr.	Anfangs Völle im Leibe, aufgetriebensein des letzteren. Keine Schmerzen. Erst später ziehende Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend.	?	Rechtsseitiges Fibrom des lig. lat.	Fibrom d. lig. lat.	Fibroma.	Heilung.	?	R.
Lanelonge.	44 J. alt Pluripara.	Seit kurzem.	Schmerzen und Ascites.	keine.	Carcinoma Ovarii.	Carcinoma Ovarii und Myoma lig. lat. dextr.	Myoma lig. lat. dextr.	Heilung.	?	R.

Referent.	Alter. Geburten.	Wahrnehmung des Tumors.	Symptome und Beschwerden.	Fluctuation	Diagnose vor der Operation.	Befund bei der Operation.	Pathol. anatom. Diagnose.	Ausgang.	Gewicht, Grösse d. Tumors.	Sitz d. Tum. R. od L.
Brewis.	23 J. alt keine.	Seit kurzer Zeit.	Fast keine.	keine.	?	Fibromyoma lig. lat. (Uterus wurde mit exstirpiert.)	Fibroma.	Heilung.	15 Pfd.	L.
Doran.	23 J. alt.	?	?	—	—	Fibromyoma lig. lat.	Fibromyoma.	Heilung.	44 Pfd.	?
Limmel.	35 J. alt Nullipara.	Seit 1½ Jahren.	Tumor selbst schmerzhaft. Allgemeinbefinden gut.	keine sehr deutliche.	Kystoma ovarii.	Bindegewebiger Tumor d. lig. lat.	Fibrosarcoma lig. lat.	Heilung.	250 gr.	L.
„	51 J. alt Multipara.	Seit 5 Jahren	Keine.	keine.	Ovarialtumor.	Fibroma lig. lati.	Fibrosarcoma.		2 kg.	L.
v. Mars.	—	—	—	—	—	Myoma lig. lat.	Fibromyom.	Heilung.	24 ctm. lang 19 „ breit	
Jacobs.	52 J. alt Nullipara Virgo.	Seit 2 Jahren.	Peritonitische Erscheinungen.	keine.	Uterusfibrom.	3 Fibroma: a) des Ovarium. b) des Uterus. c) des lig. lat.	Fibromatose des Genitalapparates.	Heilung.	?	L.
Fuchs.	36 J. alt Multipara.	Seit ¾ Jahren.	Völle im Leib. Schlechtes Allgemeinbefinden.	keine.	Ovarialtumor.	Fibromyom des lig. lat.	Cystisch degeneriertes Fibromyom.	Heilung.	?	L.
„	42 jährig. Primipara.	Seit 1 Jahr.	Abnahme des Körpergewichtes. Schmerzhaftes Abdomen.	keine.	Kystoma ovarii mit intraligament. Entwickelung.	Tumor d. lig. lat. mit zahlreichen Darmadhaesionen.	Fibroma.	Heilung	?	L.
„	40 J. alt Nullipara.	Seit 2 Jahren.	Völle im Leib. Zunahme des Umfanges.	vorhanden.	Kystoma.	Fibrom d. lig. lat.	Fibroma lymphangiectodes.	Heilung.	4530 gr.	L.
„	51 J. alt Multipara.	Seit 1 Jahr.	Starke Schmerzen und unangenehmstes Gefühl der Völle im Leibe.	keine.	?	Fibromyom des lig. lat.	Fibromyoma.	Heilung.	—	L.

Referent.	Alter. Geburten.	Wahrnehmung des Tumors.	Symptome und Beschwerden.	Fluctuation	Diagnose vor der Operation.	Befund bei der Operation.	Pathol. anatom. Diagnose.	Ausgang.	Gewicht, Grösse d. Tumors.	Sitz d. Tum. R. od L.
Fuchs.	43 J. alt Multipara.	Erst intra partum.	Geburtshindernis. Abnahme der Körperkräfte und d. Gewichtes. Prolaps d. Scheide.	+	Rechts- und linksseitiger bindegewebiger Tumor.	R. u. L.-seitiges Fibrom.	Cystomyoma lymphangiectodes.	Heilung nach Exsudat im r. Hypogastrium.	3810 gr.	R. u. L.
"	33 J. alt Nullipara.	Seit 1 Jahr.	Anschwellung des Leibes. Beschwerden gering, Gefühl der Völle.	keine.	?	Myoma lig. lat.	Myoma.	Heilung nach Exsudat	2 Mannskopfgross. 5 kg.	R.
"	29 jährig. Primipara.	Seit 1 Jahr.	Aussetzen d. Menses. Anschwellen des Leibes. Beschwerden beim Wasserlassen.	keine.	Bindegewebiger Tumor. ?	Der obere Tumor sass dem lig. lat. gestielt auf, der untere direkt in ihm. Uterus und Ovarien frei. 3 Liter Ascites entleert.	Fibromyom.	Nach 4 Wochen Wiedereintritt der Menses. Glatte Heilung.	Mannskopf- u. Orangegross.	R.
Polloson.	35 J. alt Nullipara.	Klagt seit 5 Jahren über Unterleibsbeschwerden.	Gering.	keine.	?	Tumor d. lig. lat. Starke Verziehung der Blase.	Fibroma.	Heilung	?	L.
Délétrez.	42 J. alt Nullipara	Seit 3 Monaten.	Schmerzen im r. Bein, in d. r. Unterbauchgegend. Störung in Urin- und Stuhlentleerung.	keine.	?	Leichte Entfernung des fibromat. Tumor.	Fibroma.	Heilung glatt.	2500 gr.	L.
W. Freund.	44 J. alt Multipara.	Seit langer Zeit.	Anschwellung des Leibes, die plötzlich starke Schmerzen mit Erbrechen und Kurzatmigkeit machte.	keine.	Beckentumor.	—	Myofibroma lig. lat.	Exitus.	14 : 12 : 12	L.
Kaström	31 J. alt. Nullipara.	Seit 1 Jahr.	Anschwellung des Leibes. Keine Beschwerden.	keine.	Retroperit. Tumor eventl. Myoma lig. lati.	Adhaesionen d. Tumor mit Radix Messenterii und dem Dünndarm. Resection eines Dünndarmstückes mit Heilung.	Fibromyoma.	Heilung.	8 kg.	L.

Referent.	Alter. Geburten	Wahrnehmung des Tumor.	Symtome und Beschwerden.	Fluctuation.	Diagnose vor der Operation.	Befund bei der Operation.	Pathol. anat. Diagnose.	Ausgang.	Gewicht, Grösse d. Tumors.	Sitz d. Tum R. od. L.
Schiffer.	—	—	—	—	—	Myoma, das 2 Querfinger vom Uterus entfernt im lig. lat. sass.	Myoma.	Heilung.	?	L.
Cohn.	—	—	Atembeschwerden. Völle im Leibe und Schmerzen.	keine.	—	Riesenmyom, das das ganze Becken ausfüllt. Totalexstirpation des Uterus u. Tumor.	Myoma mit cystischen Entartungsstellen.	Heilung.	Riesenmyom.	L.
K. Amann.	Multipara.	—	—	keine.	—	Pfannenstiel'scher Querschnitt. Tumor sass im lig. lat. Uterus und Ovarien frei, normal.	Fibroma.		Biliardkug. gross.	L.
Journal of Americ. Assoc.	35 J. alt Multipara.	Seit 2 Jahren.	Anschwellung des Leibes. Starke Abmagerung und hartnäckige Obstipation.	anschein. positiv.	Beckentumor.	Tumor wird mit der r. Niere und dem r. Ureter entfernt.	Fibrolipom.	Heilung.	9 Pfd.	R.
„	47 J. alt Multipara.	Seit 6 Jahren.	Völle im Leibe, Atembeschwerden, Obstipation.		„	—	„	Exitus.	20 Pfd.	R.
Pulvermacher.	36 J. alt Nullipara.	—	Völle im Leib. Druckschmerz. Kräfteverlust. Unregelmässige Harn- und Stuhlentleerung.	keine.	„	Bindegewebiger Tumor im lig. lat.	Spindelzellensarcom.	Exitus später an Metastasen.	—	R.
Burkard.	52 J. alt Multipara.	Seit ca. 14 Jahren.	Früher keine. Stetiges Wachsen d. Leibes. Plötzliche Abnahme der Kräfte.	keine.	Rechtsseitiger, solider Ovarial-Tumor.	Tumor d. lig. lat. Uterus und Ovarien frei.	Fibromyoma.	Heilung.	—	R.
	47 J. alt Pluripara.	Seit 1 Jahr.	Keine schweren Symptome. Gefühl der Völle, Abwärtsdrängen. Schmerzhafte Urinentleerung.	keine.	Fibromyoma Uteri.	Tumor im lig. lat. Uterus und Ovarien normal.	Fibromyoma.	Heilung.	2 Mannskopfgross 8 kg.	L.
Eigene Beobachtung.	65 J. alt Multipara	Seit ca. 1/2 Jahr.	Völle im Leibe. Aufgetriebensein des Abdomen. Appetitlosigkeit und häufiges Erbrechen.	keine.	Carcinoma Ovarii sin.	Tumor des linken lig. lat. mit Darmadhaesionen.	Spindelzellensarcom.	Exitus 7 Monate nach der Operation an Kotabcess mit eitriger Peritonitis.	Über Mannskopfgross.	L.





ADOLF KORNHAS, FREIBURG i. B.
Lithographie, Buch- u. Steindruckerei.